FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 N° 245

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BERMOND, Richard, Christian,

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 21 Mars 1942, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

POLYPES INTRA-TUBAIRES.

Président : Mr. J. VARANGOT, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1969

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BERMOND, Richard, Christian,

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 21 Mars 1942, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

LIBRARY
FACULTY
MED.

POLYPES INTRA-TUBAIRES.

President : Mr. J. VARANGOT, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRE (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.), LELONG (M.), LEVY (Melle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

PROFESSEURS :

A. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
- à titre personnel	CABROL (Ch.)
- - -	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
- à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
- - -	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	DESGREZ (P.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
- à titre personnel	CARTIER (P.)
- - -	DREYFUS (J.-Cl.)

MM.

Biologie médicale, à titre personnel	BOURLIERE (F.)
- - - -	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DJOURNO (A.)
- -	DOGNON (A.)
- à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
- - -	GOUGEROT (L.)
- - -	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
- -	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
- à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
- à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	MALMEJAC (J.)
-	PARROT (J.)
- à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1°- MEDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- -	BRICAIRE (H.)

MM.

Pathologie médicale	CORNET (A.)
- -	HOUSSET (E.)
- -	LAROCHE (Cl.)
- à titre personnel	AZERAD (E.)
- - -	BOUR (H.)
- - -	BROCARD (H.)
- - -	CAROLI (J.)
- - -	FACQUET (J.)
- - -	LAMBLING (A.)
- - -	LAUNAY (Cl.)
- - -	PAYET (M.)
- - -	PERRAULT (M.)
- - -	SIGUIER (F.)
- - -	WORMS (R.)
- - -	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutiques générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
- - (Broussais)	SOULIE (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
- à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
- à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
- à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)

MM.

Clinique des maladies du sang
à titre personnel (hématol.) ANDRE (R.)
- - - - BOUSSER (J.)
- - - - DREYFUS (B.)

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... PEQUIGNOT (H.)
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)
(- ..... CONTE (M.)
(- ..... KOURILSKY (R.)

Clinique médicale propédeutique
(Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale
(Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique et séméiologie médicales
(Antoine-Chantin) ..... DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Laribosière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
- à titre personnel ..... GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques
(Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
- à titre personnel ..... RICHET (G.)
- - - ..... CROSNIER (J.)
Clinique de génétique médicale
(Enfants-Malades) ..... ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants
(Enfants-Malades) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... BRISSAUD (H.)
- à titre personnel ..... LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
à titre personnel ..... POLONOVSKI (Cl.)

MM.

Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
- à titre personnel ..... KREIS (B.)
- - - ..... MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice ..... GROSSIORD (A.)
Electroradiologie ..... LEDOUX-LEBARD (M.)
- ..... LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
- à titre personnel ..... FISCHGOLD (H.)
- - - ..... TUBIANA (M.)
- - - ..... CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal) ..... GAULTIER (M.)

2°- CHIRURGIE

Anesthésiologie ..... VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
- - ..... KUSS (R.)
- - ..... N...
- à titre personnel ..... RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales ..... MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale ..... MONSAINGEON (A.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy) ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
- à titre personnel ..... BREHANT (J.)

Cliniques chirurgicales :
- Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
- - ..... BAUMANN (J.)
- Cochin ..... LEGER (L.)
- Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
- Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
- Salpêtrière ..... SICARD (A.)
- Tenon ..... OLIVIER (Cl.)

MM.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
- - (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
- - (Foch)	PADOVANI (P.)
- - (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
- à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
- à titre personnel	GAUDARD D'ALLAINES (Cl.de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
- (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
- à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BREGEAT (P.)
- - (Hôtel-Dieu)	OFFRET G.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)

	MM.
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	CECCAL (P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. - PROFESSEURS ASSOCIES

	MM.
Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)

Conseiller administratif ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs ..... Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Bibliothécaires ..... Mme CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

Avec toute ma tendresse.

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA SOEUR.

A MON ONCLE, René BIROT,

Qui a bien voulu se charger de l'impression des illustrations de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements chaleureux.

A TOUTE MA FAMILLE.

A TOUS MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VARANGOT

Professeur de la Chaire de clinique obstétricale et gynécologique,

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux,

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital Port-Royal,

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

A MONSIEUR le DOCTEUR A.J. BRET

Professeur au Collège de Médecine,

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux,

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital de Créteil,

Qui, après nous avoir accueilli dans son service pendant notre externat, a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et nous guider dans son élaboration.

En faible témoignage de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAÎTRES,

Monsieur le Professeur M. TUBIANA

Monsieur le Professeur A. MONSAINGEON

Monsieur le Professeur E. BERNARD

Monsieur le Professeur M. DEROT

Monsieur le Professeur G. DREYFUS

Monsieur le Docteur A.J. BRET

Monsieur le Docteur M. ROBEY

En remerciement de l'enseignement qu'ils nous ont donné au cours de nos années d'externat.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY DE THÈSE.

A MONSIEUR le DOCTEUR R. LEGROS

Gynécologue Accoucheur adjoint
de la Maternité de l'Hôpital de Créteil.

A MONSIEUR le DOCTEUR P. COIFFARD

Attaché de la Maternité
de l'Hôpital de Créteil.

Qui ont dirigé nos "premiers pas" en gynécologie et obstétrique.

En témoignage de notre gratitude et de notre respect.

A Mademoiselle BIHET,

Dont les "fiches de classement" nous ont fait gagner un temps précieux.

Avec tous nos remerciements.

A TOUS CEUX DE LA MATERNITÉ DE CRETEIL

Qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce travail.

POLYPES INTRA-TUBAIRES

HISTORIQUE ET DEFINITION

La présence de formations polypeuses, dans la portion intramurale de la trompe de Fallope, a été observée pour la première fois par des histologistes. La traduction radiologique de telles formations semble avoir été longtemps négligée par les radiologistes.

En effet, la pathologie radiologique de l'extrémité interne de la trompe, que celle-ci soit entière, amputée chirurgicalement ou altérée par un processus pathologique, se résume à des images dites "d'addition", c'est-à-dire qu'autour de la lumière tubaire sont appendus de fins trajets, qui peuvent s'enchevêtrer pour former l'image en "écheveau" de SCHULTZE (11), décrite en 1948, ou présenter des dilatations terminales pour former l'image en "grappe de gui" décrite par SEGUY (12-13) en 1949. Les images d'amputation de la lumière tubaire ne semblent pas avoir retenu la même attention.

Ce sont les anatomo-pathologistes PHILIPP et HUBER (8) qui, en 1939, ont décrit pour la première fois des formations polypoïdes obstruant partiellement ou complètement la lumière tubaire.

Ils ont, dans leur statistique portant sur l'étude de 600 utérus, démontré la présence de muqueuse endométriale dans la portion intramurale de la trompe dans 45 % des cas. Ils ont décrit 4 cas où cette muqueuse présentait des replis formant de véritables polypes se projetant dans la lumière tubaire.

En 1954, LISA, GIOIA et RUBIN (7), en étudiant la portion intramurale de 300 utérus, ont trouvé 33 fois (soit dans 11 % des cas) des polypes dans cette portion de trompe. Ils ont, d'autre part, découvert 75 fois (soit dans 25 % des cas) de la muqueuse endométriale dans la trompe et, dans 44 % des cas, cette muqueuse endométriale s'accompagnait d'un polype.

Ce serait ZENISEK (14) qui, en 1959, aurait décrit pour la première fois l'image radiologique d'une telle formation intra-tubaire. Il en a publié une illustration dont il attribue l'origine à une hyperplasie endométriale.

En 1964, FERNSTROM et LAGERLOF (5) ont publié 26 cas de polypes intra-tubaires découverts à partir d'images radiologiques.

Pour avoir une idée de fréquence, ces auteurs ont passé en revue 1.000 hystérographies effectuées entre 1959 et 1962. Ils ont retrouvé 12 cas de polypes dans cette série. Ces 12 cas sont inclus dans les 26 présentés.

Ils ont noté que 22 fois les polypes étaient bilatéraux, que dans 1 cas il existait 2 polypes dans chaque trompe et que dans 2 autres cas il existait 2 polypes d'un côté et un de l'autre.

Ces auteurs ont pu vérifier, par des hystérographies répétées à plusieurs mois d'intervalle, la persistance des images.

Enfin, par 3 interventions chirurgicales, consistant, dans un cas en une résection bilatérale de la portion intramurale et réimplantation tubaire, dans les 2 autres cas en une résection et réimplantation unilatérale, ils ont pu mettre en évidence les formations polypeuses, en définir les caractères morphologiques et histologiques, qui étaient comparables dans les 4 cas.

En 1965, BRET et GREPINET (1) décrivent une série de 7 observations de polypes endotubaires

sous le titre de "Polypes endométriaux de la portion intramurale de la trompe".

A ces 7 observations, ils en ajouteront tout d'abord 4 nouvelles en 1966 (2), puis 10 autres en 1967 (3), observations recueillies en consultant les fiches de malades où il était noté l'existence, à l'hystérographie, d'une anomalie tubaire non étiquetée.

Le fait remarquable, qui se dégage de ces observations, consiste en la très grande fréquence de stérilités constatées, chez les patientes présentant cette lésion radiologique.

BRET et GREPINET apportèrent, par 5 vérifications opératoires, la preuve de la nature endométriale des polypes.

Trois femmes subirent une salpingectomie bilatérale pour hydrosalpinx. Chez les deux autres, il fut pratiqué une résection de la portion intramurale de la trompe avec réimplantation tubaire, bilatérale pour l'une, unilatérale pour l'autre. Dans tous les cas, les polypes étaient constitués par de l'endomètre.

Enfin, en Octobre 1968, GAUDEFROY et EMPEREUR BUISSON (6) ont publié deux cas de polypes bilatéraux de la portion intramurale de la trompe chez deux femmes présentant une stérilité primaire. Les auteurs, après avoir constaté la persistance de la stérilité, malgré le traitement des troubles de l'ovulation et des insuffisances hormonales que présentaient leurs patientes, estiment qu'il faut en attribuer la cause aux polypes découverts radiologiquement, mais dont ils n'apportent pas de vérifications histologiques.

o

Ce rappel historique nous permet de définir une lésion bien particulière de la trompe de Fallope qui se traduit :

1°- Radiologiquement par une image d'amputation partielle de la naissance de la trompe.

2°- Histologiquement par la présence, dans la portion intramurale de la trompe, d'un polype, formé d'endomètre en situation ectopique, implanté sur la muqueuse tubaire et faisant saillie dans la lumière.

Cette lésion doit se distinguer de l'endométriose, par le fait qu'il n'existe pas cette tendance à l'infiltration en profondeur qu'implique la notion d'endométriose.

MATERIEL D'OBSERVATION

BUT DE L'ETUDE

Dans ce travail, effectué dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Docteur BRET, dans la Maternité de l'Hôpital intercommunal de Créteil, nous avons regroupé les observations de polypes endo-tubaires à partir des images radiologiques.

Ces observations, au nombre de 50, comportent la plupart des cas déjà publiés par BRET et GREPINET (3) en 1966, auxquels nous avons ajouté tous les nouveaux cas découverts par l'examen systématique de toutes les hystéro-salpingographies pratiquées dans le service depuis le début de 1966.

Pour chaque malade, nous décrirons, dans la mesure du possible :

- les motifs de la consultation,

- les antécédents,

- les signes généraux, fonctionnels et physiques présentés,

- les différents examens paracliniques effectués : en particulier l'hystérographie qui a permis l'identification de la lésion et, s'il y a lieu, la biopsie de l'endomètre, les dosages hormonaux, l'insufflation et la coelioscopie.

- les interventions chirurgicales et les vérifications anatomiques et histologiques des lésions,

- les modalités thérapeutiques.

Nous diviserons les observations en deux groupes d'inégale importance :

- Un premier groupe, comportant peu d'observations, sera consacré aux cas où l'on a pu faire la preuve histologique de la présence du polype et de sa nature endométriale.

- Le deuxième groupe, comportant un plus grand nombre d'observations, comprendra tous les cas dont la similitude radiologique nous permet de rattacher l'image à la lésion histologique déterminée précédemment.

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 - MAN... Ginette, 28 ans.

- Consulte en Mars 1965 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie à 8 ans.

- Antécédents génitaux : Premières règles à 12 ans, cycles très irréguliers de 28 à 15 jours. Règles abondantes s'accompagnant de violentes douleurs le premier jour. Stérilité depuis 4 ans.

Cette femme consulte avec un certain nombre de résultats d'examens (courbes thermiques, dosages hormonaux, biopsie de l'endomètre, hystérographie), qui ont tous été déclarés normaux.

En fait, en regardant l'hystéro-salpingographie du 18-10-62, on est surpris par une image, très importante, d'amputation bilatérale de la lumière tubaire, que BRET décrit ainsi : "Immédiatement en dehors de la corne utérine, il existe une lacune bilatérale amputant largement la lumière tubaire. Cette lacune semble être l'image indirecte d'une formation arrondie séparée de la paroi tubaire en haut, sessile en bas, à bords très réguliers : il semble, à la présence de petits festons, que cette formation se termine en dehors par une extrémité libre. Par ailleurs, l'utérus est normal et les trompes sont perméables".

La courbe de température du matin ne montre pas de décalage thermique.

La biopsie d'endomètre pratiquée dans la deuxième moitié du cycle ne montre pas l'aspect lutéal (DUPERRAT).

La coelioscopie fait apparaître l'extrémité

interne des trompes, sous forme d'un fuseau allongé en amande, immédiatement en arrière du ligament rond, aspect évocateur de "salpingitis isthmatica nodosa".

Une intervention chirurgicale est alors décidée. La malade est opérée le 22-5-65 et, à l'ouverture de l'abdomen, il est noté (BRET) :

1)- Les deux nodules de l'extrémité interne de la trompe, blancs, durs, en noyau de datte.

2)- Deux ovaires gros comme des noix, blanc-gris, fripés, creusés de rigoles avec, à droite, près du hile, une tranche de tissu d'apparence normale.

Il est alors pratiqué :

- une résection des 2 segments péri-utérins avec réimplantation tubaire bilatérale ;
- une résection partielle des deux ovaires.

Les suites opératoires sont simples ; les insufflations sont satisfaisantes et enfin les douleurs ont disparu.

Les pièces opératoires se présentent comme deux formations allongées olivaires lisses, de forme très régulière, de consistance ferme.

Les pièces ne seront coupées longitudinalement qu'après fixation pendant 24 heures. A l'ouverture de la trompe gauche, dont l'aspect est le plus schématique, il est noté (BRET) : "La paroi tubaire à ce niveau est épaisse, la lumière tubaire est dilatée, logeant une formation polypeuse sessile implantée sur le bord inférieur. Le polype est de consistance molle, de coloration uniforme et claire à sa base et à sa partie moyenne; par contre, l'extrémité libre externe, flottant dans la lumière, est hématique, congestive, rouge foncé".

L'examen histologique fait par DUPERRAT (181.394.395) montre que la formation polypeuse en battant de cloche est faite d'endomètre en continuité en dedans avec la muqueuse endométriale.

La musculeuse et la muqueuse tubaire et utérine sont normales. Les deux ovaires sont réduits à une coque périphérique épaisse de 4 à 5 mm ; on n'y retrouve que quelques reliquats, peu nombreux, d'ovules parmi un tissu compact assez riche en histiocytes.

Il n'y a pas d'endométriose dans les ovaires.

Dans les suites opératoires, une nouvelle hystérographie pratiquée en juin 65 montrera la persistance d'une bonne perméabilité tubaire.

Malheureusement, la stérilité sera définitive en raison de l'absence d'ovulation.

En effet, les dosages hormonaux, pratiqués en septembre 65 sur un cycle de 32 jours avec ébauche de décalage thermique montreront, au 24e jour, un taux d'oestrogènes très nettement supérieur à la normale, avec activité lutéale nulle.

Malgré un traitement par les inducteurs d'ovulations qui amèneront transitoirement la formation d'un corps jaune pseudo-gestatif et un état lutéinique moyen à la biopsie de l'endomètre, en Mars 68 une aménorrhée complète va s'installer.

OBSERVATION N° 2 - MOR... Gisèle, 33 ans.

- Consulte en septembre 1963 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : ?

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 15 ans, cycles réguliers sans douleurs.

Opérée en 1958 et 1963 pour kystes mucineux de l'ovaire.

A eu entre temps un cycle long terminé par des métrorragies étiquetées "avortement", mais sans argument sérieux.

Mariée, aucune grossesse.

Il est entrepris un bilan pour stérilité.

L'examen clinique est strictement normal.

Les dosages hormonaux et l'insufflation sont normaux.

Le spermogramme du mari est bon.

Le test de Hühner est normal.

Par contre, l'hystéro-salpingographie pratiquée le 22-10-63 met en évidence, au niveau des deux cornes utérines, une lacune allongée bilatérale qui est plus importante à gauche qu'à droite, où il n'existe qu'un moignon de trompe.

La malade ne se décidera à l'intervention chirurgicale qu'en juin 1965.

A l'ouverture de l'abdomen, il est noté (BRET): que les trompes sont déformées à leur extrémité interne, de forme olivaire. L'existence de trois foyers d'endométriose du Douglas.

Il est alors pratiqué une résection du moignon de trompe gauche, puis une réimplantation tubaire droite après résection du segment interne, enfin une ablation des trois foyers d'endométriose.

L'anatomo-pathologiste confirmera la présence du polype en découvrant à la jonction avec l'endomètre une saillie polypeuse de la muqueuse sans caractères oedémateux.

Un contrôle hystérographique en septembre 65 montrera un aspect normal.

OBSERVATION N° 3 - YAG... Claudette, 34 ans.

- Consulte en octobre 1965 pour douleurs pelviennes.

- Antécédents extra-génitaux : diphtérie.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 18 ans, cycles irréguliers. Règles pendant 4 à 5 jours, avec présence de caillots, s'accompagnant pendant toute leur durée

de douleurs dont l'importance a diminué ces deux dernières années.

Quelques périodes d'aménorrhée pendant les premières années.

Un avortement volontaire fébrile au terme du troisième mois à 25 ans ; s'inquiète de sa stérilité depuis.

Le début des troubles remonte à décembre 1964 où, devant l'apparition de douleurs brutales, avec température à 40°, il est fait le diagnostic de péritonite avec gros ovaire gauche.

Tout rentrera dans l'ordre après 8 jours de glace sur le ventre et d'injection de Pénicilline + Streptomycine.

La douleur ne disparaîtra pas totalement et c'est pour une recrudescence des douleurs que nous voyons cette femme pour la première fois.

L'examen clinique révèle une masse annexielle droite sensible.

Il est alors pratiqué :

- Une hystéro-salpingographie le 5-11-65 qui montre une cavité utérine à bords irréguliers, de gros hydrosalpinx bilatéraux et au niveau de la naissance de la trompe droite une lacune arrondie régulière dont la base est inférieure.

- Une coelioscopie complètera le bilan et mettra en évidence deux hydrosalpinx libres prolabés dans le Douglas dont le droit est uni à l'utéro-sacré par une bride serrée.

- Une insufflation sous coelioscopie montrera une distension bilatérale des hydrosalpinx, avec obturation tubaire.

Devant de telles lésions, une intervention consistant en salpingectomie sera faite le 30-11-65.

La trompe droite sera disséquée avant fixation. Le polype vu à la radio sera mis en évidence macroscopiquement ; isolé et adressé à l'anatomo-pathologiste en même temps que les trompes.

L'histologiste (DUPERRAT), dans son compte rendu (N° 188.678.679), nous indique que les trompes sont le siège d'un hydrosalpinx sans caractère tuberculeux avec de petits diverticules glandulaires dans la paroi tubaire et que le petit fragment isolé est constitué d'endomètre présentant une plage en hypertrophie folliculinique.

OBSERVATION N° 4 - DUB... (Observation due à l'obligeance du Dr. BARDIAUX) - 26 ans.

- Consulte pour douleurs abdomino-pelviennes.

- Antécédents extra-génitaux : ?

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 13 ans, cycles réguliers, règles d'abondance normale, douloureuses depuis toujours.

Une grossesse à l'âge de 21 ans, suivie d'un avortement volontaire à 3 mois.

C'est depuis cet avortement que la malade souffre en permanence du ventre. Elle s'inquiète de sa stérilité.

Une hystéro-salpingographie est pratiquée. Elle met en évidence un hydrosalpinx bilatéral et, au niveau de la naissance des deux trompes, une lacune allongée régulière accompagnée d'une image en boule de gui évoquant une endométriose.

Une salpingectomie bilatérale sera faite peu de temps après.

L'anatomo-pathologiste confirmera la présence au niveau de la portion intramurale des deux trompes d'un polype endométrial.

OBSERVATION N° 5 - DAV... Denise, 37 ans.

- Consulte pour la première fois en octobre 65 pour des douleurs pelviennes survenant pendant et après les règles depuis deux ans après cure de

rétroversion utérine.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie en 1958.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 26 jours, règles d'abondance moyenne pendant 5 jours, s'accompagnant de caillots et de douleurs pelviennes. Depuis l'âge de 20 ans, la douleur se prolonge après la fin des règles pendant plusieurs jours.

Electrocoagulation du col en 1963.

Intervention pour rétroversion utérine et ablation d'un kyste de l'ovaire gauche en 1963.

Mariée depuis 13 ans sans aucune grossesse.

Depuis 1963, se plaint d'une augmentation des douleurs pendant et après les règles. Ces douleurs sont hypogastriques et de la fosse iliaque droite avec irradiation lombaire.

A l'examen, l'utérus est toujours rétroversé et sensible.

On entreprend un bilan comprenant :

- Courbe de température du matin, qui montre un décalage thermique avec plateau lutéal de 10 jours.

- Des dosages hormonaux (JAYLE) qui sont normaux.

- Une biopsie de l'endomètre (LANCRET) qui montre un petit retard de la maturation lutéale.

- Enfin, une hystérosalpingographie le 2-11-65 qui montre une irrégularité de la muqueuse utérine à type d'hyperplasie avec des trompes perméables bien dessinées et surtout au niveau de la naissance de la trompe gauche une lacune très allongée, fusiforme, cernée sur tous ses bords, sauf sur une toute petite longueur à la partie inférieure qui peut correspondre à la zone d'implantation.

- Une hystérectomie avec ovaro-salpingectomie bilatérale est pratiquée le 11-1-66.

Une nouvelle hystérographie sera faite sur la pièce d'hystérectomie. Cette nouvelle radio nous donne une image beaucoup plus nette et plus fine du polype dont les caractères sont strictement identiques à l'image précédente.

L'histologie (LANCRET) permettra de savoir qu'en plus du polype, il existe au niveau du myomètre de multiples foyers d'endométriose, un hématosalpinx d'un côté avec un ovaire dystrophique et fibrokystique.

DEUXIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 6 - MAJ... Myriam, 27 ans.

- Consulte en mars 1955 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux :
  Typhoïde à 18 ans.
  Appendicectomie à 21 ans.

- Antécédents génitaux :
  Premières règles à 13 ans ½, cycles irréguliers de 15 à 30 jours, règles d'abondance moyenne pendant 4 à 8 jours avec des caillots et des douleurs lombaires.
  On lui aurait découvert un hydrosalpinx bilatéral quelques années auparavant.

Les recherches d'une tuberculose génitale seront négatives.

Une hystérographie pratiquée le 18-4-55 met en évidence une cavité utérine normale et, en plus d'images évoquant une endométriose ou une diverticulose, des lacunes allongées bilatérales dont la droite est vraisemblablement bilobée.

La perméabilité tubaire est confirmée par l'insufflation qui montre un passage à 60 mm de Hg avec douleur scapulaire et auscultation des deux côtés.

Un traitement par antibiotiques et anti-inflammatoires en instillation est entrepris.

Non revue depuis 1958.

OBSERVATION N° 7 - GUE... Djaouda, 20 ans.

- Consulte en décembre 63 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 11 ans, cycles irréguliers avec règles abondantes s'accompagnant de caillots et de douleurs qui persistent actuellement de façon presque continue.

Opérée d'un kyste folliculaire.

Traitée à plusieurs reprises pour "salpingite" par propidon, Colymicine et Rimifon.

Mariée depuis janvier 63, désire une grossesse immédiatement.

Depuis son mariage, a eu des règles les deux premiers mois. En juin 63, douleurs abdominales, métrorragies et caillots. On évoque successivement une grossesse extra-utérine, un follicule hémorragique puis une tuberculose génitale.

En décembre 63, l'examen est entièrement négatif.

L'hystéro-salpingographie de janvier 64 montre une cavité utérine grossièrement normale, des trompes perméables et à l'évidence deux lacunes arrondies parfaitement circonscrites dont la gauche est bilobée.

Le bilan sera complété par une biopsie de l'endomètre qui est normale.

La malade n'est plus revue ensuite.

OBSERVATION N° 8 - PIP... Jacqueline, 24 ans.

- Consulte en 1964 pour stérilité primaire.
- Antécédents extra-génitaux : ?
- Antécédents génitaux :

Premières règles à 12 ans, cycles réguliers, règles d'abondance normale s'accompagnant de très importantes douleurs pelviennes avec des vomissements pendant les 3 premiers jours.

Désire une grossesse depuis 3 ans.

A eu à 2 reprises des épisodes douloureux pelviens étiquetés "salpingite".

On découvre tout d'abord une trichomoniase

que l'on traite, puis on fait une hystéro-salpingographie.

Celle-ci montre des trompes perméables avec, à droite, une lacune ovalaire très allongée à bord supérieur festonné.

Une grossesse sera consécutive à l'hystérographie. Elle se déroulera normalement. Accouchement à terme en août 65.

Non revue depuis.

OBSERVATION N° 9 - GUI..., 21 ans.(*)

- Consulte début 1965 pour stérilité primaire.
- Antécédents extra-génitaux : ?
- Antécédents génitaux :

Premières règles ? cycles irréguliers, règles d'abondance normale s'accompagnant de peu de douleurs.

Traitée pour "salpingite" en septembre 1964. En effet, à cette date, a eu des épisodes douloureux accompagnés d'hydrorrhée.

Continue à souffrir depuis.
Examen strictement normal.

Hystérographie le 6-4-65 : met en évidence une lacune unilatérale à la naissance de la trompe droite.

OBSERVATION N° 10 - LUC... Danielle, 23 ans.

- Consulte en juillet 1965 pour stérilité primaire.
- Antécédents extra-génitaux : négatifs.
- Antécédents génitaux :

Premières règles à 13 ans $\frac{1}{2}$, cycles très irréguliers de 30 à 60 jours, surtout depuis 1 an $\frac{1}{2}$, règles d'abondance normale pendant 4 jours avec dou-

(*)- Observation due à l'obligeance du Dr. BARDIAUX.

leurs le premier jour.

Mari bien portant, a eu 2 enfants au cours d'un précédent mariage.

L'examen est strictement normal.

Il est d'abord pratiqué, en juillet 65, des dosages hormonaux (JAYLE) avec épreuves dynamiques qui montrent :

- 17 céto de base normaux. Transformation pseudo-gestative du corps jaune avec taux normaux de pregnandiol et prégnantriol, mais taux des oestrogènes insuffisant.

L'hystéro-salpingographie de septembre 65 montre une rétention au niveau de la trompe gauche dont l'extrémité interne est amputée par une lacune arrondie cernée en haut par le liquide opaque.

La courbe de température du matin montre un décalage thermique avec plateau de 10 jours.

La biopsie de l'endomètre au 9e jour du plateau thermique est franchement lutéinique.

La perméabilité tubaire est confirmée par une insufflation normale.

Non revue par la suite.

OBSERVATION N° 11 - TUR... Solange, 26 ans.

- Consulte en octobre 1965 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 33 jours, règles d'abondance normale pendant 4 à 5 jours avec douleurs 1 mois sur 2.
Mariée depuis 3 ans $\frac{1}{2}$.
Grossesse désirée.

Depuis son appendicectomie, présente des caillots dans le sang des règles et une dyspareunie.

A l'examen, utérus et annexes paraissent normaux, mais douleurs dans les culs-de-sac.

On entreprend un bilan qui comprend :

- Des dosages hormonaux (JAYLE) qui montrent un taux bas de prégnandiol et de 17 céto.

- Une biopsie de l'endomètre au 6e jour de la montée thermique (DUPERRAT) qui montre une absence complète de réceptivité lutéinique.

- Une hystéro-salpingographie le 12-11-65 qui met en évidence une cavité utérine normale avec des trompes perméables présentant, à gauche, deux lacunes arrondies, à droite une lacune de forme allongée et frangée.

- L'insufflation confirmera la perméabilité tubaire, mais la courbe est dyskinétique.

L'existence d'une insuffisance lutéale globale sera confirmée par les dosages (JAYLE) avec épreuve dynamique.

La femme sera mise à un traitement par le Lyndiol : 1 comprimé par jour du 5e au 25e jour du cycle.

Une nouvelle hystérographie pratiquée 4 mois après ne montrera aucune modification des images d'amputation des trompes.

OBSERVATION N° 12 - RAU... Marianne, 21 ans.

- Consulte en septembre 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 12 ans, cycles réguliers de 30 jours, règles d'abondance normale pendant 7 jours s'accompagnant de caillots en très grande quantité et de douleurs abdomino-pelviennes très intenses, syncopales le premier jour, l'obligeant à s'aliter.

Dyspareunie profonde à l'approche des règles.

Mariée depuis un an, désire une grossesse sans résultat.

L'hystéro-salpingographie pratiquée le 27-9-66 montre une cavité utérine de volume normal avec, au niveau de l'origine des deux trompes, une petite lacune arrondie bien circonscrite, qui est bilobée à gauche.

Les dosages hormonaux (JAYLE) montreront, hélas, qu'il n'existe aucune activité endocrinienne des ovaires avec taux normaux de 17 céto. et de F.S.H..

OBSERVATION N° 13 - COT... Yveline, 33 ans.

- Consulte en 1966 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : ictère.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 13 ans, cycles réguliers de 30 jours. Règles durant 5 à 7 jours avec nombreux caillots et précédées de douleurs pendant 2 à 3 jours.

La biopsie de l'endomètre montre qu'il existe une hyperplasie endométriale.

Une hystéro-salpingographie est faite le 17-11-66. Elle met en évidence une cavité utérine à bords frangés avec, à la naissance de la trompe droite, une lacune allongée ; les trompes sont perméables.

Non revue par la suite.

OBSERVATION N° 14 - LEI... Monique, 24 ans.

- Consulte en mars 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : cuti positive à 6 ans.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 12 ans, cycles irréguliers de 20 à 40 jours. Règles peu abondantes pendant 1 jour ½ sans douleur ni caillots.

A l'examen clinique, on ne trouve rien d'anormal en dehors d'une rétroversion utérine.

On pratique alors :

- Une courbe de température du matin qui est sans décalage thermique.

- Une biopsie de l'endomètre qui montre que la maturation lutéinique est insuffisante.

- Des dosages hormonaux (JAYLE) avec épreuves dynamiques qui montrent que le cycle est ovulaire avec activité surrénale de base normale et insuffisance lutérale globale modérée.

- L'hystéro-salpingographie du 23-3-67 met en évidence des polypes bilatéraux. En effet, à la naissance des deux trompes, il existe une lacune arrondie amputant la lumière tubaire avec base d'implantation inféro-interne.

Il est alors décidé une intervention chirurgicale le 23-5-67. A l'ouverture de l'abdomen (BRET), on trouve deux énormes ovaires (gros comme une orange), prolabés dans le Douglas et contenant un liquide chocolat.

Les trompes sont d'aspect normal.

Il est pratiqué une résection de la partie kystique des ovaires, une résection des extrémités internes des trompes avec réimplantation du segment distal.

Les suites opératoires sont simples, l'insufflation bonne.

L'anatomo-pathologiste (DUPERRAT) qui a étudié les pièces opératoires constate l'existence d'une superbe endométriose kystique des deux ovaires, mais pas d'endométriose tubaire.

Malgré les coupes en long pratiquées sur les

deux segments de trompe, il n'a pas été possible de mettre en évidence les polypes vus à la radio.

Pas de grossesse consécutive à l'intervention. L'insufflation pratiquée en novembre 68 montrera une obturation complète des trompes.

OBSERVATION N° 15 - BOV... Maryvonne, 31 ans.

- Consulte en mai 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : cuti positive à 6 ans (tuberculose dans l'entourage).

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 11 ans ½, cycles réguliers de 26 jours, règles pendant 3 jours s'accompagnant de douleurs le premier jour.

Cette malade qui a déjà eu 4 fécondations artificielles consulte avec un certain nombre de résultats d'examens.

- Une courbe de température du matin avec décalage thermique et plateau lutéal satisfaisant.

- Une biopsie de l'endomètre au stade sécrétoire qui montre que la fonction lutéale est un peu déficitaire sans augmentation de la stimulation oestrogénique.

- Une hystéro-salpingographie de 1960 qui montre un utérus unicornis avec une seule trompe.

L'examen clinique est normal en dehors d'une latéro-déviation utérine gauche.

Il est pratiqué une nouvelle série d'examens dont les résultats sont, pour la plupart, en complète discordance avec ceux apportés par la malade.

- Les dosages hormonaux (JAYLE) après épreuve dynamique montrent que le cycle est ovulaire avec activité surrénale de base normale, mais surtout qu'il existe associée à une hyperandrogénie ovarien-

ne une forte réponse lutéale alors que la réponse oestrogénique est insuffisante.

- L'hystéro-salpingographie montre une cavité utérine déviée à gauche, des trompes perméables grêles avec extrémités soufflées et surtout l'existence d'une lacune allongée bilatérale entièrement cernée à la naissance des trompes.

- L'insufflation montre un passage tubaire, mais la courbe ne présente pas d'oscillation.

Après traitement pendant 3 mois par anti-inflammatoires antibiotiques, l'insufflation deviendra normale. Actuellement, essai de traitement par l'Humegon.

A suivre.

OBSERVATION N° 16 - SCH... Michèle, 26 ans.

- Consulte en novembre 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : primo-infection à 8 ans.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 12 ans, cycles irréguliers de 40 à 45 jours, règles pendant 6 jours avec caillots et importantes douleurs pelviennes.

L'examen clinique est entièrement négatif.

Après traitement d'une trichomoniase, on pratique :

- Une courbe de température du matin qui est monophasique basse.

- Des dosages hormonaux (JAYLE) avec épreuve dynamique qui montrent l'existence d'une hyperandrogénie ovarienne associée à une réponse oestrogénique appréciable en l'absence d'activité lutéale malgré l'aspect biphasique de la courbe thermique.

Le bilan est complété par une hystéro-salpingographie le 1-4-68 qui met en évidence une cavité

utérine normale, des trompes perméables avec présence d'une lacune bilatérale : à droite, lacune arrondie à base d'implantation paraissant supérieure ; à gauche, lacune très allongée, fusiforme, à large base d'implantation inférieure.

Un traitement par les inducteurs d'ovulation (HMG et HCG) sera entrepris, puis rapidement interrompu en raison d'une forte réaction ovarienne.

OBSERVATION N° 17 - MEN... Francine, 25 ans.

- Consulte en décembre 1967 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans, cycles irréguliers de 28 à 32 jours, règles peu abondantes pendant 4 à 6 jours sans caillots ni douleurs.

Mariée depuis 2 ans, désire une grossesse sans résultats.

Cette femme apporte un certain nombre de résultats d'examens :

- Des courbes de température du matin avec décalage thermique.

- Des dosages hormonaux qui montrent, au 21e jour, du cycle, une activité normale.

- Une hystéro-salpingographie du 22-11-67 qui met en évidence une cavité utérine avec de nombreuses lacunes et irrégularités et, au niveau de l'orifice tubo-utérin gauche, une petite lacune ovalaire entièrement cernée et peut-être une toute petite lacune arrondie à la limite de la visibilité à droite ?

On complètera le bilan par :

- Une biopsie de l'endomètre (LANCRET) qui, au 24e jour du cycle, montre une muqueuse hyperplasique

mais avec sollicitation folliculino-lutéinique.

- Une insufflation avec passage, mais tonus de base élevé.

- Une coelioscopie qui montrera l'intégrité de l'appareil génital et en particulier l'absence de dilatation nodulaire de l'extrémité interne des trompes.

Après traitement pendant deux cycles par les gonadotrophines chorioniques, on obtiendra une grossesse, en cours actuellement.

OBSERVATION N° 18 - DER... Françoise, 26 ans.

- Consulte en février 1968 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux :
Typhoïde à 10 ans.
Appendicectomie à 24 ans.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 10 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles pendant 6 jours avec nombreux caillots sans douleurs, mais tension douloureuse des seins.
Mariée depuis 3 ans, désire une grossesse sans résultats.

L'examen clinique est entièrement négatif.

- La courbe de température du matin montre un décalage thermique avec plateau de 14 jours.

- La biopsie de l'endomètre (DUPERRAT) montre un endomètre de type lutéinique moyen.

- Les dosages hormonaux (JAYLE) après épreuve dynamique révèlent une insuffisance oestrogénique sévère avec réponse lutéale normale.

- L'hystéro-salpingographie du 1-2-66 (apportée par la malade) met en évidence une petite cavité utérine, des trompes visibles avec lacune arrondie à l'origine de la trompe droite.

- L'insufflation de février 68 est en désaccord avec l'hystérographie puisqu'elle montre une oblitération tubaire presque totale.

Après 3 mois de traitement par antibiotiques et anti-inflammatoires en instillation, on obtiendra une courbe de passage à tonus de base élevé sans oscillation.

OBSERVATION N° 19 - PLI... Huguette, 31 ans.

- Consulte en mars 1968 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.
- Antécédents génitaux :

Premières règles à 12 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles pendant 4 à 5 jours, sans douleurs ni caillots.

Aucune grossesse.

La malade consulte avec un certain nombre de résultats d'examens.

- Des courbes de température du matin sans décalage thermique.

- Une biopsie de l'endomètre qui montre un état folliculino-lutéinique moyen sans signe inflammatoire.

- Des dosages hormonaux qui révèlent une insuffisance folliculinique et un taux élevé de 17 céto.

- Une hystéro-salpingographie du 26-5-67 qui met en évidence une lacune allongée finement cerclée à la naissance de la trompe droite.

Il est alors pratiqué :

- Une insufflation qui se révèle normale.

- Des dosages hormonaux (JAYLE) avec épreuve dynamique qui montrent qu'à une hyperandrogénie mixte s'associe une insuffisance oestrogénique sévère et une insuffisance lutéale modérée. Les trois mois

suivants, la courbe de température montre un décalage satisfaisant.

On traite une mycose génitale, puis on pratique une nouvelle hystérographie le 25-10-68, l'image du polype endo-tubaire droit persiste, inchangée.

La malade est actuellement sous traitement par Humegon, Ovestin et Cortancyl.

A suivre.

OBSERVATION N° 20 - BAT... Annie, 33 ans.

- Consulte en décembre 1968 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux négatifs.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 11 ans, cycles réguliers de 26 jours, règles abondantes pendant 5 à 6 jours avec de gros caillots et de fortes douleurs pelviennes.
. Pertes rosées en milieu de cycle.

Se présente avec un certain nombre de résultats d'examens :

- Quelques courbes de température du matin avec décalage thermique.

- Des dosages hormonaux (JAYLE) normaux en dehors d'un taux élevé de 17 céto.

- Une biopsie de l'endomètre qui révèle un retard de la maturation lutéale.

- Enfin une hystéro-salpingographie le 18-6-66 qui met en évidence une cavité utérine allongée à bords frangés évoquant une hyperplasie et surtout une très grosse lacune ovalaire entièrement cernée, sauf sur une petite longueur en haute zone semblant correspondre au pédicule d'implantation, au niveau de la naissance de la trompe gauche.

Mise à un traitement par Norluten et Equigyne pour 4 mois.

A suivre.

OBSERVATION N° 21 - DUB... Louise, 30 ans.

- Consulte en janvier 1968 pour stérilité primaire.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie à 22 ans.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 5 jours, règles de moyenne abondance, sans caillots, mais avec des douleurs importantes.

Opérée en 66 : ablation d'un kyste chocolat de l'ovaire droit, gros comme un pamplemousse, et résection cunéiforme de l'ovaire gauche dont l'apparence était dystrophique.

L'examen histologique a révélé l'existence de nombreux foyers d'endométriose au niveau de l'ovaire droit et des kystes dystrophiques dans l'ovaire gauche.

Mariée depuis 8 mois, désire une grossesse.

La malade a été mise pendant plus d'un an sous progestatifs.

En janvier 68 :

- La courbe de température du matin montre un décalage thermique.

- Les dosages hormonaux sont normaux.

- La biopsie de l'endomètre montre une muqueuse sous sollicitation folliculino-lutéinique, sans signe inflammatoire.

- La courbe d'insufflation est normale.

- L'hystéro-salpingographie du 30-1-68 montre une encoche du corps utérin (myome ?) et une lacune tubaire bilatérale plus nette à gauche qu'à droite.

A gauche, la lacune est entièrement cernée, allongée, fusiforme.

A droite, la lacune est arrondie, à base large.

OBSERVATION N° 22 - BEN... Micheline, 35 ans.

- Consulte pour la première fois en 1963, à l'occasion d'une grossesse survenue à la suite d'une hystérographie après une longue période de stérilité de 15 ans.

- Antécédents extra-génitaux : ?

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 15 ans, cycles réguliers, règles d'abondance moyenne avec douleurs pelviennes le premier jour.

En regardant l'hystérographie pratiquée en juillet 63, peu avant la grossesse, on remarque au niveau de la corne utérine gauche une lacune lancéolée paraissant implantée en bas et du côté interne.

A part une déciduose du col, la grossesse se déroulera normalement. Accouchement à terme le 5-7-64.

Depuis l'accouchement, les règles ne sont plus douloureuses. Une coagulation du col sera pratiquée le 25-6-65, une endométriose se formera sur la cicatrice cervicale entraînant une petite perte de sang pendant les 3 jours précédant les règles.

OBSERVATION N° 23 - LEP... Danielle, 22 ans.

- Consulte en novembre 1965 pour infécondité.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 13 ans, cycles irréguliers, règles d'abondance normale pendant 5 jours sans caillots avec douleurs le premier jour.

Depuis son mariage, il y a 4 ans, les cycles

se sont régularisés.

A fait deux avortements spontanés à 1 an d'intervalle. Lors du dernier avortement au terme de 3 mois, en septembre 1965, le foetus a été constaté.

- Une hystéro-salpingographie a été effectuée après le premier avortement et a été déclarée normale. La malade nous la montre et nous constatons qu'il existe, au niveau de la portion initiale de la trompe droite, une lacune unique.

On entreprend un bilan dont une insufflation, qui est normale ; la malade n'est plus revue ensuite.

OBSERVATION N° 24 - CAT... M.-Christine, 25 ans.

- Consulte en novembre 1967 pour infécondité.

- Antécédents extra-génitaux : ictère.

- Antécédents génitaux:

Premières règles à 12 ans, cycles de 27 à 30 jours, règles pendant 4 à 5 jours avec caillots, mais sans douleurs.

Mariée depuis 2 ans, a fait 2 avortements spontanés, à 2 mois + pour le premier en avril 66 à 3 mois, pour le deuxième en mai 67. Aucun traitement en début de grossesse. Ces avortements ont été complétés par un curetage, l'examen anatomo-pathologique, l'existence d'un état inflammatoire de la muqueuse.

Une première hystéro-salpingographie a été faite le 12-8-66 après le premier avortement ; elle montrait un utérus normal, des trompes perméables et une lacune tubaire gauche.

On pratique, en novembre 67 :

- Des courbes de température du matin qui sont normales.

- Une insufflation qui montre une obturation tubaire. Un traitement par anti-inflammatoires antibiotiques par voie générale est commencé.

Après 2 mois de traitement :

- Nouvelle hystéro-salpingographie le 13-12-67. Elle révèle une perméabilité tubaire, mais de médiocre qualité. La trompe droite s'injecte tardivement ; il existe toujours une lacune entièrement cernée à la naissance de la trompe gauche.

- Les dosages hormonaux (JAYLE) après épreuve dynamique montrent une insuffisance folliculinique sévère associée à un "hyperlutéinisme".

Après un nouveau mois de traitement, la biopsie de l'endomètre (DE BRUX) ne montrera aucun siège inflammatoire et la courbe d'insufflation sera normale.

Une nouvelle grossesse pourra être obtenue après une série d'injections de gonadotrophine chorionique. Maintenue grâce à un cerclage, cette grossesse aboutira à la naissance d'un enfant prématuré de 1.300 gr. hydrocéphale.

OBSERVATION N° 25 - MAR... Lydia, 40 ans.

- Consulte en novembre 1967 pour des métrorragies survenant au deuxième mois d'une grossesse.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 16 ans, cycles réguliers de 26 jours, règles abondantes pendant 6 à 7 jours avec quelques caillots, mais pas de douleurs.

Première grossesse à 40 ans, après une longue période de stérilité. La grossesse se solde rapidement par un avortement le 9-11-67 qui est complété par un curetage de la cavité utérine.

Un bilan est entrepris par la suite comprenant:

- Biopsie de l'endomètre (LANCRET) qui est normale.

- Hystéro-salpingographie (9-1-68) qui révèle

l'existence, au niveau de la naissance de la trompe droite, d'une très belle lacune ovalaire à base d'implantation inféro-interne.

La malade n'est plus revue par la suite.

OBSERVATION N° 26 - MAI... Bernadette, 33 ans.

- Consulte en janvier 1964 pour stérilité secondaire et aménorrhée.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 17 ans, cycles très irréguliers avec parfois aménorrhée de plusieurs mois.

Une grossesse à l'âge de 30 ans menée à terme avec des suites simples. Des dosages hormonaux pratiqués à trois reprises au cours de la grossesse étaient normaux.

Aménorrhée depuis décembre 63.

Une hystéro-salpingographie faite à cette époque montre une cavité utérine à fins contours irréguliers (type endométrite), avec, à la naissance de chaque trompe, une lacune allongée fusiforme à base d'implantation inféro-interne.

L'examen clinique révèle l'existence de deux gros ovaires.

Il est d'abord pratiqué des dosages hormonaux (JAYLE) avec épreuve dynamique qui montrent une aménorrhée eugonadotropurique. Pas de formation de corps jaune, mais augmentation appréciable des oestrogènes. L'épreuve dynamique a fait réapparaître les règles et a entraîné un décalage thermique à la courbe de température.

Cependant, le pronostic reste mauvais puisque, après traitement par le MRL 41, la biopsie d'endomètre ne révèlera qu'une muqueuse sous sollicitation folliculinique exclusive et les dosages hormonaux ne détecteront pas de sécrétion lutéale.

OBSERVATION N° 27 - BER...(*), 25 ans.

- Consulte début 1965 pour stérilité secondaire.

- Antécédents extra-génitaux : ?

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 13 ans, cycles réguliers, règles d'abondance normale précédées de douleurs pendant 8 jours.

Une grossesse à l'âge de 15 ans avec accouchement normal à terme et suites simples. S'inquiète de sa stérilité depuis.

Fin juillet 64, des douleurs pelviennes continues et diffuses ont fait évoquer le diagnostic de "salpingite".

En mars 65, il est pratiqué une hystérosalpingographie qui montre, au niveau de la trompe droite, deux types de lésions.

- Une image d'addition rameuse en "boule de gui" évocatrice d'endométriose.

- Une image d'amputation, lacune allongée, bilobée à la jonction avec la corne utérine droite.

Expectative.

OBSERVATION N° 28 - CRO... Françoise, 28 ans.

- Consulte en janvier 1967 pour stérilité secondaire.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 12 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles pendant 4 jours avec quelques caillots et de très fortes douleurs le premier jour.

Une grossesse à l'âge de 19 ans menée à terme avec des suites simples.

S'inquiète de sa stérilité depuis. Aucune modification des douleurs menstruelles depuis l'accouchement.

(*)- Observation due à l'obligeance du Dr. BARDIAUX.

L'examen clinique est entièrement négatif. On découvre une trichomoniase vaginale qui est traitée, puis on pratique une hystéro-salpingographie le 3-2-67 qui met en évidence un utérus en rétroversion, des trompes perméables avec des lacunes fusiformes bilatérales.

Malade non revue depuis.

OBSERVATION N° 29 - BOU... Marcelle, 30 ans.

- Consulte en décembre 1962 pour suspicion de grossesse extra-utérine.

- Antécédents extra-génitaux : ?

- Antécédents génitaux : ? cycles réguliers de 28 jours.

A l'examen, le diagnostic de G.E.U. se confirme ; la femme est opérée immédiatement, le 8-12-62.

Une salpingectomie gauche est pratiquée.

L'anatomo-pathologiste (DE BRUX), qui a étudié la pièce opératoire, n'a pu trouver de lésion expliquant la nidation ectopique. L'oeuf est retrouvé intact dans la portion proximale tubaire dilatée.

Dans les suites opératoires, une hystéro-salpingographie est faite qui met en évidence au niveau du moignon de trompe gauche restant une grosse lacune allongée régulière à base d'implantation inférieure.

OBSERVATION N° 30 - KLE... Denise, 19 ans.

Suivie en 1964 au cours d'une première grossesse.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie à 11 ans.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 12 ans, règles tous les

28 jours, d'abondance normale pendant 6 jours, sans douleurs ni caillots.

Accouchement normal à terme le 11 septembre 1964.

Nous la revoyons dans les suites de couches pour des douleurs pelviennes.

A l'examen, la douleur semble prédominer au niveau des annexes droites.

Hystéro-salpingographie le 6-7-65 : montre un spasme de la corne droite en début de réplétion avec, au niveau de la naissance de la trompe droite, une lacune ovalaire allongée dans l'axe de la trompe avec un tout petit pédicule d'implantation inférieur.

Non revue depuis.

OBSERVATION N° 31 - WOL... Janine, 27 ans.

- Consulte en mars 1966 pour des douleurs pelviennes gauches avec petit retard des règles.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux : une grossesse en 1961 terminée par une césarienne.

Les douleurs pelviennes gauches durent depuis 3 semaines avec dyspareunie.

A l'examen, tout paraît normal. Douleur dans le cul-de-sac gauche, mais aucune masse perçue.

Le tableau est cependant évocateur de grossesse extra-utérine. Ce diagnostic sera écarté, la réaction biologique de grossesse étant négative et le curetage biopsique ne révélant pas d'image d'"Arras Stella", mais seulement des îlots d'éléments inflammatoires.

Le 29-4-68, une hystéro-salpingographie montre un utérus normal en rétroversion, une trompe droite non vue dans sa totalité, une trompe gauche perméable avec une belle lacune allongée fusiforme entièrement circonscrite, au tout début de la trompe.

Après traitement antibiotique et anti-inflammatoire et devant la persistance des douleurs, une exploration chirurgicale est proposée, mais la malade n'est plus revue.

OBSERVATION N° 32 - BIL... Madeleine, 26 ans.

- Hospitalisée en octobre 1956 pour pelvi-péritonite.
- Antécédents extra-génitaux : négatifs.
- Antécédents génitaux :

Premières règles à 13 ans, cycles réguliers de 30 jours, règles pendant 4 à 5 jours sans caillots ni douleurs.

Mariée, aucune grossesse.

A son arrivée à l'hôpital, température entre 38 et 39°.

A l'examen, masse comblant le cul-de-sac de Douglas et latéro-utérine gauche, dure, irrégulière, du volume d'un poing.

Tout rentre dans l'ordre sous antibiotiques, cortisone et glace sur le ventre.

En janvier 1957, il ne persiste qu'un empâtement en arrière et à gauche, non sensible.

On pratique alors une hystéro-salpingographie qui montre des images évocatrices de tuberculose tubaire avec, à la naissance de la trompe droite, une lacune ovalaire entièrement circonscrite. Une salpingectomie sera faite par la suite. L'anatomo-pathologiste (DUPERRAT) confirmera l'existence d'hydrosalpinx tuberculeux, mais son attention n'ayant pas été attirée sur la portion intramurale des trompes à cette époque, la présence du polype n'a pu être vérifiée.

OBSERVATION N° 34 - BLA... Huguette, 27 ans.

- Consulte en juin 1958 pour douleurs pelviennes.

- Antécédents extra-génitaux : primo-infection à 9 ans.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 17 ans, cycles de 30 jours, règles pendant 2 à 3 jours s'accompagnant de violentes douleurs pelviennes, mais sans caillots.

A été traitée à plusieurs reprises pour "salpingite".

Mariée, aucune grossesse.

Lorsque la malade consulte, elle a déjà reçu depuis 3 jours des antibiotiques pour cette recrudescence des douleurs pelviennes dont l'origine remonte à 7 ans environ.

A l'examen, on trouve un utérus de volume normal dévié à gauche avec un empâtement dans le cul-de-sac gauche.

La recherche d'une étiologie tuberculeuse restera négative.

Après un mois de traitement par antibiotiques et anti-inflammatoires, tout rentrera dans l'ordre et l'empâtement aura disparu.

Une hystéro-salpingographie est pratiquée un peu plus tard, en septembre 58, qui montre trois types de lésions. L'aspect des deux trompes est moniliforme, évoquant une salpingite chronique sténosante avec, dans le segment proximal, des images ponctuées prédominantes à droite, évoquant une endométriose et, au niveau de l'ostium utérinum droit, une petite lacune très nette bien limitée, arrondie.

Expectative.

OBSERVATION N° 34 - ETI... Chantal, 24 ans.

- Consulte en octobre 1965 pour douleurs pelviennes.

- Antécédents extra-génitaux :

D.D.B. à 7 ans.

Constipation chronique.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 12 ans, cycles irréguliers de 30 à 60 jours, règles peu abondantes, pendant 4 à 5 jours, sans douleurs mais avec des caillots.

Traitée pour salpingite en raison des douleurs pelviennes.

Une grossesse à l'âge de 21 ans ; s'inquiète de sa stérilité depuis.

A l'examen physique, tout paraît normal.

En fait, il apparaît rapidement que les douleurs ressenties sont, pour une grande part, d'origine colique et la malade est dirigée vers un gastro-entérologue.

Restait le problème de la stérilité secondaire.

La courbe de température du matin ne montre pas de décalage thermique.

L'hystéro-salpingographie met en évidence des trompes moniliformes avec, à leur naissance, de belles lacunes fusiformes bilatérales allongées dans l'axe de la trompe, entièrement cernées par le liquide à droite et présentant un fin pédicule d'implantation à gauche.

La coelioscopie ne révèle aucune anomalie.

La courbe d'insufflation est normale.

La mise au Lyndiol du 14e au 24e jour du cycle amènera une régularisation des cycles menstruels, mais pas de décalage thermique.

Non revue depuis 1967.

OBSERVATION N° 35 - MIC... Monique, 21 ans.

- Consulte en avril 1966 pour douleurs pelviennes.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 13 ans, cycles réguliers de 28 à 30 jours, règles pendant 7 jours avec des

caillots et de violentes douleurs abdominales et lombaires.

Mariée, pas de grossesse.

Il est tout d'abord pratiqué une hystéro-salpingographie le 24-5-66 qui montre une cavité utérine normale, des images pommelées évoquant une endométriose au niveau de la trompe droite avec, à la naissance de cette même trompe, une lacune double allongée dans l'axe de la trompe à très large base d'implantation inférieure. La trompe gauche est perméable.

Le bilan est complété par une coelioscopie qui révèle l'existence de trois importants foyers d'endométriose du Douglas.

La malade sera traitée successivement pendant 7 mois par différents progestatifs qu'il faudra toujours arrêter en raison des hémorragies intermenstruelles.

Comme les douleurs persistaient, il a été conseillé de mettre en route une grossesse le plus rapidement possible.

Devant les difficultés rencontrées par la malade pour devenir enceinte, on pratique :

- Des courbes de température du matin qui montrent un décalage thermique.

- Des dosages hormonaux (JAYLE) avec épreuve dynamique qui indiquent une très forte réponse avec 17 céto. élevés.

- Une insufflation qui est normale.

Ce ne sera qu'après plusieurs cures de gonadotrophines (HLG + HCG) qu'une grossesse sera obtenue qui aboutira malheureusement à un avortement à 5 mois d'un enfant malformé.

OBSERVATION N° 36 - GOB... Françoise, 20 ans.

- Consulte en mai 1967 pour algoménorrhée.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie à 16 ans.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 30 jours, règles pendant 4 à 5 jours sans caillots, mais s'accompagnant le premier jour de douleurs pelviennes importantes avec irradiation dans les seins.

Mariée depuis 2 ans ½, pas de grossesse. Pas de dyspareunie.

A l'examen, on découvre une endométriose du cul-de-sac vaginal postérieur.

Une hystéro-salpingographie faite le 22 mai 67 montre une cavité hypoplasique avec une trompe droite en pointillé et pas de trompe gauche.

On complète l'examen par une coelioscopie le 13-6-67 qui révèle trois foyers d'endométriose sur l'utéro-sacrée gauche.

Mise à un traitement par les progestatifs.

Le 5-3-68, nouvelle hystéro-salpingographie. Celle-ci montre une injection tubaire bilatérale, sauf un hiatus à droite entre la corne et la trompe sur 2 cm. A la naissance de la trompe gauche, une lacune fusiforme à base d'implantation inférieure.

Des dosages hormonaux (JAYLE) après épreuve dynamique faits à la même époque montrent une insuffisance oestrogénique sévère avec activité lutéale et androgénique normale. L'insufflation est bonne.

Est actuellement enceinte.

OBSERVATION N° 37 - AHI... Danielle, 21 ans.

- Consulte en janvier 1968 pour algoménorrhée.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 12 ans; cycles réguliers de 28 jours, règles durant 4 à 5 jours avec de très

violentes douleurs parfois syncopales le premier jour.

Pas de grossesse.

A l'examen, tout paraît normal.

Il est d'abord pratiqué une hystéro-salpingographie (le 23-1-68), qui montre l'absence d'injection de la trompe droite, une trompe gauche injectée avec une lacune allongée à sa naissance.

La coelioscopie révèlera l'existence de nombreux foyers d'endométriose pelvienne.

La mise aux progestatifs rendra les règles supportables au bout de quelques mois.

OBSERVATION N° 38 - PEY... Yvette, 35 ans.

- Consulte en janvier 1968 pour des douleurs pelviennes.

- Antécédents extra-génitaux :
Paludisme en 1937.
Traumatisme crânien.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 12 ans, cycles réguliers de 25 jours, règles d'abondance normale pendant 4 jours s'accompagnant de caillots et de douleurs le deuxième jour.
Deux grossesses menées à terme à l'âge de 25 et 26 ans.
Deux avortements volontaires à 30 et 31 ans.

Depuis le deuxième accouchement qui a été fébrile, douleurs pelviennes par intermittence.

On pratique tout d'abord une hystéro-salpingographie le 20-2-66 qui montre un passage tubaire précoce avec une petite lacune entièrement cernée de la naissance de la trompe gauche.

C'est la coelioscopie qui révèlera l'existence d'une endométriose en bouquet du ligament large et du ligament utéro-sacré et entraînera la mise à un traitement par les progestatifs.

A suivre.

OBSERVATION N° 39 - BRA... Florentine, 22 ans.

- Consulte en octobre 1964 pour métrorragies.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 28 à 30 jours, règles d'abondance normale durant 8 à 11 jours, s'accompagnant de caillots et de douleurs de la fosse iliaque gauche.

Une grossesse à l'âge de 21 ans menée à terme avec des suites simples.

A l'examen, on ne trouve rien d'anormal.

La biopsie de l'endomètre montre une muqueuse sous sollicitation folliculino-lutéinique sans signe inflammatoire (LANCRET).

L'hystéro-salpingographie est évocatrice d'endométrite avec une cavité utérine à bords dentelés. Il existe en plus au niveau des trompes une image lacunaire bilatérale. A droite, image arrondie bilobée, à gauche image unique plus allongée.

OBSERVATION N° 40 - CHA... Jocelyne, 26 ans.

- Consulte en février 1966 pour métrorragies.

- Antécédents extra-génitaux :
Coliques hépatiques.
Appendicectomie.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 30 jours, règles pendant 4 jours, d'abondance normale sans caillots ni douleurs.

Traitée pour "salpingite" en 63, une hystérographie faite à cette époque aurait montré une obturation tubaire droite.

Avortement volontaire à l'âge de 21 ans.

Une grossesse menée à terme à l'âge de 24 ans.

Dans les suites de cet accouchement, apparition de métrorragies et d'une masse annexielle gauche sensible.

La coelioscopie, en février 66, nous révèle l'existence d'un hydrosalpinx gauche avec réaction plastique péri-annexielle et des ovaires dystrophiques.

La recherche d'une étiologie tuberculeuse restera négative.

La biopsie de l'endomètre montre des signes d'inflammation non spécifique.

Un traitement associant antibiotiques et anti-inflammatoires est entrepris, puis en novembre 66 on fait un contrôle hystéro-salpingographique qui révèle :

Une injection de la trompe gauche en entier ; une injection de la trompe droite dans ses trois premiers centimètres seulement, avec une lacune bilobée allongée à la naissance de cette trompe et peut-être une petite arrondie à gauche ?

OBSERVATION N° 41 - DEC... Iria Béatriz, 39 ans.

- Consulte en janvier 1967 pour des ménométrorragies.
- Antécédents extra-génitaux : pneumonie à 11 ans.
- Antécédents génitaux :

Premières règles à 11 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles très abondantes pendant 3 à 4 jours, s'accompagnant de caillots et de douleurs pelviennes avec irradiation lombaire.

Mariée, aucune grossesse.

Les méno-métrorragies avec douleurs pelviennes permanentes datent de 6 mois environ.

A l'examen, l'utérus semble gros.

La biopsie de l'endomètre montre une muqueuse sous sollicitation folliculino-lutéinique avec retard de la maturation progestative.

L'hystéro-salpingographie nous révèle une cavité de volume normal, un hydrosalpinx gauche, un moignon de trompe droite avec une toute petite lacune arrondie bien circonscrite sur toutes ses faces.

Une intervention chirurgicale est alors proposée.

OBSERVATION N° 42 - MIL... Violette, 24 ans.

- Consulte en janvier 1967 pour ménorragies.
- Antécédents extra-génitaux :
  Epilepsie (traitée).
  Appendicectomie à 7 ans.
- Antécédents génitaux :
  Premières règles à 11 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles pendant 3 à 4 jours, très abondantes, s'accompagnant de caillots et de douleurs pelviennes.
  Célibataire, rapports sexuels réguliers, pas de grossesse.

Examen clinique strictement normal.

La biopsie de l'endomètre montre que la sollicitation folliculino-lutéinique existe avec un retard de maturation.

L'hystéro-salpingographie du 24-1-67 révèle l'existence d'une grosse lacune ovalaire comblant presque entièrement la lumière de la naissance de la trompe gauche.

Mise à un traitement par le Métrulène du 15e au 25e jour du cycle.

A suivre.

OBSERVATION N° 43 - DUV... Pierrette, 32 ans.

- Consulte en janvier 1966 pour ménorragies et douleurs pelviennes.

- Antécédents extra-génitaux :
Tuberculose pulmonaire (sanatorium de 1952 à 1954). Pleurésie en 1955.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 11 ans, cycles réguliers de 28 à 32 jours, règles abondantes pendant 3 jours avec d'importantes douleurs bilatérales débutant avant les règles et continuant avec elles.
Salpingite découverte au sana.
Célibataire, rapports sexuels réguliers, pas de grossesse.

On fait une biopsie de l'endomètre : la muqueuse est sous sollicitation folliculino-lutéinique sans signe inflammatoire spécifique.

Une hystéro-salpingographie le 1-2-66 montre un utérus à cornes effilées avec une trompe gauche qui ne s'imprègne pas dans son segment juxta-utérin et une trompe droite présentant une lacune allongée à très large base d'implantation.

Le bilan est complété par une coelioscopie qui révèle la présence de deux myomes utérins et d'une annexe droite en apparence normale.

OBSERVATION N° 44 - HUB... Josette, 24 ans.

- Consulte en septembre 1968 pour suspicion de myome.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles pendant 4 à 5 jours, sans caillots mais avec de violentes douleurs le premier jour avec irradiation lombaire.
Mariée, pas de grossesse.

La malade consulte avec une hystéro-salpingographie (du 3-8-66) qui révèle une irrégularité de la muqueuse utérine à type d'hyperplasie, une lacune allongée tubaire bilatérale, le reste de la trompe étant imprégné normalement.

L'examen clinique laisse soupçonner que l'utérus est myomateux. Une intervention chirurgicale est alors proposée.

Intervention le 1-10-68 :

A l'ouverture de l'abdomen, il est constaté :
- un gros kyste de l'ovaire transparent,
- 3 foyers d'endométriose sur le ligament large droit,
- un myome gros comme une mandarine de la face postérieure du corps,
- les trompes ne présentent pas de dilatations nodulaires.

Il sera pratiqué uniquement une ablation du kyste de l'ovaire droit (kyste mucoïde bénin) et une myomectomie.

OBSERVATION N° 45 - DAM... Anna, 27 ans.

- Consulte en septembre 1965 pour spanioménorrhée.

- Antécédents extra-génitaux : appendicectomie à 24 ans.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 15 ans, cycles réguliers de 30 jours, règles peu abondantes pendant 4 jours sans caillots mais avec douleurs le premier jour.
Electrocoagulation du col à 23 ans.
Ablation d'un kyste du sein droit à 23 ans.
Deux grossesses normales à terme à 23 et 27 ans.

Il est tout d'abord pratiqué une hystérosalpingographie le 28-12-65 qui montre une cavité utérine normale avec, à la naissance de la trompe gauche, une toute petite lacune arrondie.

La coelioscopie faite un peu plus tard révèlera l'existence d'une endométriose ovarienne gauche et d'ovaires dystrophiques. Par contre, la portion interne de la trompe gauche est d'apparence normale.

Mise aux progestatifs pour 2 ans.

OBSERVATION N° 46 - GUE... Rolande, 21 ans.

- Consulte en janvier 1968 pour spanio-ménorrhée et algoménorrhée.

- Antécédents extra-génitaux : angines fréquentes.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans; cycles réguliers de 28 jours pendant la première année, puis aménorrhée pendant 1 an.

Actuellement, cycles irréguliers de 28 à 36 jours, règles pendant 5 jours sans caillots, mais avec des douleurs le premier jour.

Célibataire, rapports sexuels depuis l'âge de 18 ans, pas de grossesse.

La courbe de température du matin ne montre pas de décalage thermique.

Les dosages hormonaux après épreuve dynamique (JAYLE) montrent que le cycle est ovulaire avec activité surrénale de base normale.

L'épreuve dynamique met en évidence une hyperandrogénie ovarienne associée à une transformation pseudo-gestative normale du corps jaune.

Enfin, l'hystéro-salpingographie (27-2-68) révèle une cavité utérine normale, des trompes perméables avec un segment juxta-utérin qui ne s'imprègne pas à droite et des lacunes bilatérales. Ces lacunes sont allongées, fusiformes à base inférieure, la gauche est bilobée.

Après 6 mois de traitement par Duphaston, Norluten, Equigyne, on obtient un décalage thermique à la courbe de température du matin, une augmentation d'abondance des règles et une diminution appréciable des douleurs.

Une hystéro-salpingographie de contrôle en octobre 68 montre des images tubaires identiques,

mais le volume des polypes semble avoir un peu diminué.

A suivre.

OBSERVATION N° 47 - HER... Gisèle, 34 ans.

- Consulte en novembre 1967 pour suspicion de kyste de l'ovaire gauche.

-Antécédents extra-génitaux :
Colibacillose à 4 ans.
Appendicectomie à 5 ans.

- Antécédents génitaux :
Premières règles à 14 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles pendant 5 à 9 jours avec d'énormes caillots depuis l'âge de 23 ans et des douleurs pelviennes pendant les 3 premiers jours.
Célibataire, rapports depuis 4 ans, pas de grossesse.

A l'examen, on ne peut mettre en évidence de kyste de l'ovaire gauche.

On pratique alors :
- des dosages hormonaux (JAYLE) avec épreuve dynamique qui montrent un cycle ovulaire avec une activité surrénale de base normale et une insuffisance oestrogénique sévère, l'activité lutéale et androgénique des ovaires étant normale.

L'hystéro-salpingographie (5-12-67) montrera des trompes perméables avec, à la naissance de la trompe droite, une lacune arrondie.

Non revue depuis.

OBSERVATION N° 48 - STE... Jacqueline, 18 ans.

- Consulte en mars 1965 pour suspicion de tuberculose génitale.

- Antécédents extra-génitaux :
Pneumonie.
Intervention pour adénite tuberculeuse.

Appendicectomie à 13 ans, a reçu de la streptomycine dans les suites opératoires.

Deux internements avec électrochoc après conflit familial.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 11 ans ½.

Célibataire , mais rapports sexuels réguliers ; pas de grossesse.

En raison des antécédents, on s'oriente vers une lésion génitale tuberculeuse.

La biopsie de l'endomètre ne montre aucun signe d'inflammation spécifique, la muqueuse est sous sollicitation folliculino-lutéinique.

La courbe d'insufflation serait en faveur d'une obturation tubaire, mais l'hystérographie du 16-3-65 montre que les trompes présentent un hydrosalpinx bilatéral et qu'il existe au niveau de la naissance des deux trompes une belle lacune allongée dont le pédicule semble inférieur à droite et inféro-interne à gauche.

Un traitement anti-tuberculeux est alors entrepris.

OBSERVATION N° 49 - BUR... Alice, 23 ans.

- Consulte en avril 1954 pour salpingite.

- Antécédents extra-génitaux : négatifs.

- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans, cycles très irréguliers, règles pendant 3 jours avec caillots et précédées de douleurs.

Un avortement spontané suivi d'un curetage au terme de 3 mois, à l'âge de 20 ans.

Salpingectomie gauche pour grossesse extra-utérine à l'âge de 22 ans.

Lorsque la malade consulte, elle a déjà reçu depuis 1 mois un traitement par des antibiotiques généraux pour salpingite.

A l'examen, on sent nettement une masse annexielle droite rénitente de la taille d'un oeuf.

L'hystéro-salpingographie permettra de faire un diagnostic d'hydrosalpinx vraisemblablement tuberculeux, mais en plus elle révèlera l'existence à la naissance de la trompe droite d'une grosse lacune arrondie dont le pédicule d'implantation est supérieur.

Le diagnostic de salpingite tuberculeuse sera confirmé par l'histologiste après salpingectomie bilatérale, mais à cette époque l'attention n'étant pas portée sur la région intramurale, la présence du polype n'a pas été confirmée.

OBSERVATION N° 50 - CHI... Nicole, 21 ans.

- Consulte en février 1966 pour leucorrhée.
- Antécédents extra-génitaux :
  D.D.B. à l'âge de 5 ans.
  Ictère à 13 ans.
  Appendicectomie à 16 ans.
- Antécédents génitaux :
  Premières règles à 11 ans, cycles réguliers de 28 jours, règles d'abondance moyenne pendant 8 jours avec de nombreux caillots et des douleurs le premier jour.
  Mariée, pas de grossesse.

La leucorrhée se révèle liée à une mycose vaginale que l'on traite, puis en raison de l'existence d'une dyspareunie profonde, on pratique une hystéro-salpingographie (1-3-66). Celle-ci met en évidence sur les deux orifices tubaires une petite lacune.

La biopsie de l'endomètre est normale.

Mise aux progestatifs. Non revue.

ILLUSTRATIONS

FIG. I - Polypes bilatéraux.

Grosses lacunes arrondies immédiatement en dehors des cornes utérines (Obs. N° 1).

FIG. 2

Aspect microscopique du polype endométrial, saillant en battant de cloche dans la lumière tubaire dilatée (Obs. N° 1).

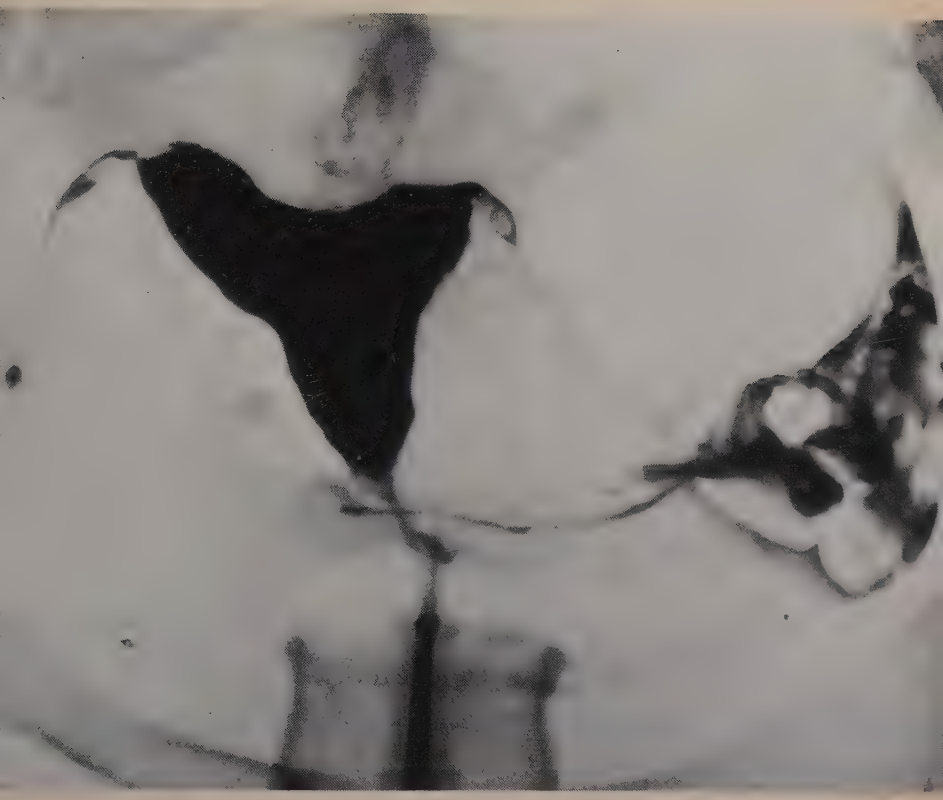

FIG. 3 - Polypes bilatéraux.

Lacune, allongée fusiforme à droite, arrondie et bilobée à gauche (Obs. N° 7).

FIG. 4 - Polype unilatéral.

Vérification sur pièce opératoire de la présence d'un petit polype allongé, à la naissance de la trompe gauche non dilatée (Obs. N° 5).

A N A L Y S E

ANTECEDENTS ET SIGNES CLINIQUES

En analysant les différentes observations, il ressort les points suivants :

L'âge des malades s'étale de 18 à 40 ans, ce qui ne veut pas dire que l'affection ait tendance à apparaître à n'importe quel âge de la vie génitale, car cet étalement donne une idée fausse de la fréquence par rapport à l'âge.

En effet, sur les 50 femmes étudiées, 35 (soit 70 %) sont âgées de moins de 30 ans. Chez les 15 femmes âgées de plus de 30 ans, la découverte de l'affection tubaire a bien souvent été fortuite, lors d'un examen radiologique motivé par une affection associée, quelquefois sans rapport avec celle qui nous intéresse, mais dans tous les cas l'interrogatoire nous apprend que les manifestations pathologiques sont anciennes.

Les antécédents gynécologiques sont pauvres : trois femmes ont été opérées d'un kyste de l'ovaire dont une à deux reprises avec une salpingectomie unilatérale, une de l'ablation d'un kyste du sein, une cinquième a été amputée d'une trompe pour grossesse extra-utérine ; enfin, une dernière a été opérée d'une rétroversion utérine.

La date d'apparition des premières règles n'amène aucune remarque particulière ; elle s'échelonne selon un éventail de 10 à 18 ans avec majorité entre 12 et 14 ans.

Nous parlerons tout de suite des signes phy-

siques en raison de leur quasi-inexistence. Les quelques fois où l'examen a permis de déceler une anomalie génitale, il s'agissait en général d'une affection associée (hydrosalpinx, kyste de l'ovaire, grossesse extra-utérine).

Les signes fonctionnels par contre sont plus riches ; nous avons relevé 16 fois (soit dans 36 % des cas) des irrégularités dans les cycles menstruels. L'abondance des règles est normale dans la très grande majorité des cas puisqu'il a été noté seulement 3 cas de spanioménorrhée. Des caillots dans le sang des règles sont fréquemment rencontrés : dans 21 cas (soit 42 % des cas).

33 femmes (soit 66 % des cas) nous ont dit ressentir des douleurs pelviennes para-menstruelles avec, dans 4 observations, des irradiations lombaires.

4 fois ces douleurs sont prémenstruelles.

Les douleurs ne sont cependant pas uniquement menstruelles ; 23 fois (soit dans 46 % des cas), il s'agit de douleurs évoluant sur un mode continuel avec des recrudescences paroxystiques qui ont été mises sur le compte d'une "salpingite" dans 15 cas.

En fait, cette salpingite n'a été mise en évidence par la radiologie, la coelioscopie ou l'intervention chirurgicale que 10 fois. Il s'agissait dans 8 cas d'un hydrosalpinx uni ou bilatéral, dont il a été apporté la preuve de la nature tuberculeuse 3 fois. Dans les deux autres cas, il s'agissait d'une salpingite vraie dont la nature tuberculeuse a été vérifiée une fois.

En ce qui concerne les douleurs pelviennes, il est important de noter, dans le cas de l'observation N° 1, qu'après la résection du segment interne des trompes et la réimplantation de l'extrémité distale, les très importantes douleurs ressenties par la patiente ont disparu.

Le signe fonctionnel qui apparaît le plus nettement dans cette étude est la baisse de la fécon-

dité, chez ces jeunes femmes en pleine période d'activité génitale.

En effet, sur les 50 femmes de notre étude, il n'y en a que 17 (soit 34 %) seulement qui ont été enceintes au moins une fois. Parmi ces 17 femmes, il n'y en a que 9 qui ont mené une grossesse à terme. Une femme a eu une grossesse tardive à l'âge de 40 ans.

Le nombre des grossesses s'élève à 25, qui se répartissent comme suit :

- 12 grossesses à terme,
- 6 avortements spontanés,
- 5 avortements volontaires,
- 2 grossesses extra-utérines.

Onze femmes n'ont eu qu'une seule grossesse, six autres en ont eu deux et une en a eu quatre.

D'autre part, 28 femmes (soit 56 % de l'effectif) consultèrent en raison de leur stérilité.

Cette stérilité est primaire dans 20 cas sur 28.

Parmi les 8 cas de stérilité secondaire, celle-ci est survenue :

- quatre fois après une grossesse menée à terme respectivement 10 ans, 9 ans et deux fois trois ans plus tôt ;
- deux fois après un avortement provoqué 9 et 5 ans plus tôt.
- Pour les deux derniers cas, il s'agit de femmes qui ont présenté, à un an d'intervalle, deux avortements spontanés.

Parmi les 28 femmes qui consultèrent pour stérilité, deux d'entre elles deviendront enceintes après une hystéro-salpingographie, l'une à 24 ans, après une période de stérilité de 3 ans, l'autre à 35 ans, après une période de stérilité de 15 ans. Elles accoucheront toutes les deux à terme. Trois autres femmes commenceront une grossesse après cures par des inducteurs d'ovulation : l'une avortera à 5 mois d'un foetus malformé, une autre donnera naissance à un prématuré de 1.300 g hydrocéphale, la

troisième est encore enceinte actuellement.

Enfin, parmi les 13 femmes n'ayant jamais eu d'enfant et ne s'inquiétant pas de leur relative stérilité, quatre d'entre elles sont célibataires et, bien qu'ayant des rapports sexuels régulièrement, elles n'ont, pour l'instant du moins, pas de soucis de procréation ; une autre deviendra enceinte peu de temps après notre examen.

Si l'on fait un parallèle entre la fécondité et l'uni ou la bilatéralité des polypes, nous constatons :

- Sur les 17 femmes qui ont, au moment de notre premier examen, déjà eu une grossesse, 12 d'entre elles présentent, à l'hystérographie, une image de polype unilatéral.

- Sur les 26 femmes qui consultent pour stérilité, la moitié présentent des polypes bilatéraux.

Il existe donc 5 cas où, ayant eu une grossesse, l'hystérographie a révélé chez la femme un polype bilatéral. Dans ces cas, l'intervalle entre la date de la dernière grossesse et la date de notre examen est de 9 ans pour l'une, 3 ans pour deux autres, 2 ans pour la quatrième et un an pour la dernière.

On peut cependant noter, comme nous le verrons plus loin dans l'étude de l'image radiologique, que, dans deux cas, nous avons considéré qu'il existait des polypes bilatéraux alors que l'un était très net et ne faisait pas de doute, mais que l'autre était très petit, à la limite de la visibilité.

Enfin, sur les 6 femmes qui deviendront enceintes, après la découverte des polypes, toutes présentaient un polype unilatéral.

o
o o

SIGNES PARACLINIQUES

Etude de la courbe de température du matin

La prise de la température du matin a surtout été effectuée chez les femmes qui consultèrent pour stérilité; à chaque fois que cette courbe a pu être obtenue, nous avons noté s'il existait un décalage thermique témoin d'une ovulation.

La courbe de température du matin a été obtenue 29 fois sur l'ensemble des patientes ; dans 10 cas, il n'y avait pas, au cours du cycle étudié, de décalage thermique ou de plateau lutéal satisfaisant.

Cette courbe a été obtenue, plus précisément, 20 fois chez des patientes consultant pour stérilité et dans 8 cas il n'y avait pas de décalage thermique.

Etude de la biopsie de l'endomètre

Cet examen a été pratiqué soit pour étudier la sollicitation hormonale de la muqueuse utérine dans les cas de stérilité, soit pour rechercher des signes inflammatoires, spécifiques ou non.

Nous avons effectué 23 biopsies de l'endomètre chez l'ensemble des patientes. Celle-ci révèle l'existence d'une muqueuse normale sous sollicitation folliculino-lutéinique dans 11 cas.

Il a été noté une insuffisance de la maturation lutéale dans 10 cas et des signes d'hyperplasie endométriale 3 fois seulement.

Chez les femmes qui consultèrent pour stérilité, une biopsie de l'endomètre a été pratiquée 15 fois. Parmi les résultats, 7 montrèrent une muqueuse d'aspect normal, 6 révélèrent l'existence d'une insuffisance lutéale et une une hyperplasie de l'endomètre.

Enfin, il a été révélé des signes d'endométrite dans 4 observations.

Etude des dosages hormonaux avec ou sans épreuve dynamique.

Ces dosages ont été effectués au cours d'un bilan entrepris soit pour stérilité, soit pour dysménorrhée.

Sur l'ensemble des patientes, nous avons pu réunir 20 résultats de dosages hormonaux.

Six fois ceux-ci sont revenus normaux et sur les 14 autres, il a été noté :

- 6 fois une insuffisance oestrogénique,
- 3 fois une insuffisance lutéale,
- 2 fois une insuffisance globale,
- 1 fois une activité hormonale nulle,
- 1 fois une hyperfolliculinie,
- 1 fois une forte réponse à l'épreuve dynamique.

Il était associé 4 fois une hyperandrogénie.

Dans le bilan pour stérilité, sur les 15 résultats de dosages hormonaux, 3 étaient normaux et les 12 autres révélaient :

- 4 fois une insuffisance oestrogénique,
- 3 fois une insuffisance lutéale,
- 2 fois une insuffisance globale,
- 1 fois une absence de sécrétion hormonale,
- 1 fois une hyperfolliculinie,
- 1 fois une forte réponse à la stimulation.

Enfin, il existait 3 cas d'hyperandrogénie associée.

Etude de la courbe d'insufflation

Cette étude a été pratiquée pour étudier la valeur de la perméabilité tubaire en complément de l'hystérographie chez 15 patientes qui ont toutes consulté pour stérilité. Il est remarquable de constater que la courbe a été normale 9 fois.

Deux autres courbes ont montré un passage tubaire, mais le tracé se fait sans oscillations et le

tonus basal est élevé.

Pour les quatre autres tracés, la courbe traduit une obturation tubaire.

Cette obturation s'est révélée être due, dans un cas à une tuberculose tubaire, dans un autre à un hydrosalpinx non tuberculeux bilatéral.

Pour les deux derniers cas, nous avons obtenu une courbe d'insufflation satisfaisante après deux mois de traitement anti-infectieux.

Etude anatomo-pathologique

L'aspect macroscopique et microscopique du polype endo-tubaire a pu être étudié par 5 interventions chirurgicales.

Sur les 50 femmes étudiées, 10 ont subi une exploration chirurgicale de leur appareil génital.

Chez 3 femmes, il a été pratiqué une réimplantation tubaire après résection de la portion intramurale de la trompe. Deux d'entre elles ont eu une réimplantation bilatérale, la troisième une réimplantation unilatérale et ablation d'un moignon de trompe opposé.

Parmi les autres opérées, deux femmes ont subi une salpingectomie bilatérale pour hydrosalpinx non tuberculeux, deux femmes ont subi une salpingectomie bilatérale pour tuberculose tubaire, une femme a eu une salpingectomie pour grossesse extra-utérine et une dernière a subi une myomectomie sans intervention sur les trompes.

Au cours de deux interventions (Observations N° 1 et 2), il a été noté l'existence d'une déformation du segment juxta-utérin des trompes. Il s'agit d'une dilatation nodulaire débutant au niveau de la corne utérine et se prolongeant sur une longueur de 2 à 3 cm. sur l'isthme. Ce nodule de forme olivaire lisse, de consistance ferme, rappelle les formations rencontrées dans les "salpingites isthmiques nodulaires".

Ces déformations de la trompe sont cependant peu fréquentes, puisque, au cours des autres interventions, l'aspect de la portion interne de la trompe ne semble pas avoir attiré l'attention du chirurgien. De même, au cours de 9 coelioscopies pratiquées chez d'autres patientes, il n'a pas été noté non plus de déformation nodulaire des trompes.

S'il n'a été apporté la preuve de l'existence du polype que par 5 interventions chirurgicales sur 10, cela tient à plusieurs raisons :

- Tout d'abord, l'une des malades n'a subi qu'une myomectomie et pas d'intervention sur ses trompes.
- Une autre femme a été amputée d'une trompe pour grossesse extra-utérine et ce n'est qu'après coup qu'une hystérographie a révélé l'existence d'un polype sur le moignon de trompe restant.
- Deux autres femmes ont subi une salpingectomie bilatérale à une époque où l'on ne s'intéressait pas encore à de tels polypes et l'attention de l'histologiste n'a pas été orientée vers la portion intra-murale des trompes.
- Il reste cependant une femme (Observation N° 14) chez qui, après résection du segment interne des trompes et réimplantation, l'anatomopathologiste (DUPERRAT) n'a pas pu mettre en évidence de polype malgré de nombreuses coupes en long.

A propos de cette observation, DUPERRAT souligne les difficultés parfois rencontrées techniquement pour mettre en évidence de petites formations polypeuses dans cette portion de trompe.

Pour étudier l'aspect macroscopique du polype, dans 4 cas les trompes ont été coupées après 24 heures de fixation ; dans le dernier cas, la trompe a été ouverte longitudinalement, immédiatement après l'intervention.

Dans le cas de l'observation N° 1, où le polype, de par son volume était facilement repérable, il a été possible de bien analyser ses caractères. Le polype se trouvait, au sein d'une nodosité tubaire

allongée selon l'axe de la trompe, entièrement libre dans la lumière tubaire. Il avait une forme oblongue et était attaché par un pédicule assez étroit à la partie tout interne du bord inférieur de la trompe. Le corps du polype qui était allongé dans l'axe de la trompe présentait une extrémité libre externe très colorée. Ses dimensions étaient de 12 mm sur 4.

Dans les autres cas, l'aspect des polypes était beaucoup moins caractéristique car leur volume était plus réduit. Ainsi dans les observations N° 2 et 3, à l'ouverture de la trompe, le polype apparaissait comme une petite saillie de 2 mm. de long reposant sur la partie inféro-interne de la trompe par un large pédicule, mais la partie externe présentait toujours de la même façon une petite zone très congestive, hématique.

L'aspect microscopique de ces polypes est très particulier. Les anatomo-pathologistes nous apprennent que :

- La formation polypeuse occupe la lumière tubaire qu'elle distend.
- Le pédicule est circonscrit par des faisceaux musculaires.
- Plus en dedans, on retrouve l'endomètre avec la multitude des éléments glandulaires et leur stroma oedémateux.

Le corps du polype est constitué d'endomètre avec un chorion cytogène. Les glandes sont arrondies ou tubulées, à noyaux basaux et à lumière vide de type folliculinique. Mais, comparativement à l'endomètre de la cavité utérine, il est pauvre en glandes, le stroma est dense par différenciation fibroplastique de nombreux éléments cellulaires.

La pointe ou extrémité libre est étonnamment remaniée par des phénomènes vasculo-oedémateux qui effacent toute structure endométriale. Les vaisseaux sont turgescents, bourrés d'hématies, à grand axe parallèle à celui du polype, puis s'épanouissent en éventail comme dans un bourgeon charnu, au sein de

larges zones érythro-diapédiques oedémateuses riches en dépôts d'hémosidérine mais peu cellulaires.

Le polype se raccorde à sa base avec l'épithélium pseudo-stratifié tubaire fait de cellules cylindriques ciliées, sans modification morphologique appréciable.

Etude radiologique

L'aspect radiologique des formations polypeuses constitue l'unité de cette étude.

C'est à partir des clichés d'hystérographie que nous avons regroupé les différentes observations.

Le produit de contraste employé a été soit un produit huileux, soit un hydrosoluble. Les anciens clichés ont été obtenus avec le lipiodol, la diodone a été employée une fois ; les images les plus récentes, qui sont la grande majorité, ont été faites avec le Vasurix 50 ou le Vasurix 30.

Les radiographies ont été pratiquées systématiquement de face et de profil (3 clichés pendant la réplétion, 1 cliché de profil, 1 cliché de vidange).

Les images des polypes sont surtout visibles en début de remplissage, sur les clichés de face stricte.

Le caractère commun des radiographies réside dans le fait qu'il s'agit d'une image d'amputation de la lumière tubaire. Le volume de la lacune est rarement important ; le plus souvent, il s'agit d'une lacune allongée à grand axe coïncidant avec celui de la trompe, ou une lacune arrondie siègeant dans une portion dilatée de l'extrémité toute interne de la trompe, qui correspond au trajet intramural.

Nous avons retrouvé 32 fois une lacune unilatérale et 18 fois une lacune bilatérale. Dans 8 observations, le polype apparaît bilobé, c'est-à-dire sous forme de deux lacunes arrondies juxtaposées. Dans la majorité des cas, le liquide opaque circonscrit entièrement la tumeur par son bord libre supé-

rieur, sa pointe externe, suivant un trajet régulier, mais il n'imprègne pas la partie inféro-interne sur une longueur variable, qui semble correspondre au pédicule d'implantation. Quelquefois, le liquide opaque cerne entièrement le polype ; le pédicule doit alors se trouver sur la face antérieure ou postérieure de la trompe.

La lacune est uniformément dense, ce qui laisse supposer que sa composition est homogène.

Il existe toujours un passage tubaire, le liquide opaque refoule les parois de la trompe dont le reste a un aspect normal lorsque aucun autre processus pathologique ne l'altère.

En effet, la trompe a été reconnue oblitérée 9 fois, dont 4 fois certainement par un processus tuberculeux, mais cette oblitération ne se situe jamais au niveau du polype.

Nous avons pu, chez 5 patientes, vérifier la persistance des images des polypes au cours d'une deuxième hystérographie itérative pratiquée respectivement : 1 mois, 4 mois, 8 mois, 16 mois et 17 mois plus tard. Chez 3 d'entre elles, qui n'ont reçu aucun traitement hormonal entre les deux examens radiographiques, l'image des polypes a été retrouvée inchangée. Chez une autre, après 4 mois de traitement par le Lyndiol, l'image n'a pas varié non plus. Chez la cinquième, dont les seconds clichés ont été pratiqués 8 mois plus tard après un traitement de 6 mois par le Duphaston, Norluten, Equigyne, nous avons retrouvé les images des polypes, mais ceux-ci ont diminué de volume.

o

o o

LESIONS ASSOCIEES

Le polype intra-tubaire n'est souvent pas la seule lésion découverte au niveau de l'appareil génital. Nous avons déjà parlé, dans l'étude radiologique, des obturations tubaires. En dehors de deux cas où il existe un moignon de trompe consécutif à une salpingectomie, les trompes ont été reconnues bouchées 9 fois. Dans 5 cas, cette obturation est bilatérale ; dans un autre cas, elle est unilatérale mais avec un moignon de trompe opposé ; dans les trois autres cas, elle est unilatérale. Nous avons apporté la preuve que cette obturation était d'origine tuberculeuse dans 2 cas et il est vraisemblable que la tuberculose est en cause au moins dans deux autres cas. Dans les trois cas d'obturation unilatérale, celle-ci a été constatée une fois en association avec des polypes bilatéraux et deux fois en association avec un polype unilatéral sur la trompe opposée.

D'autre part, nous avons constaté 6 fois, avec des vérifications histologiques, l'existence d'une dystrophie ovarienne.

Mais nous voudrions surtout parler d'une association fréquemment rencontrée au cours des différentes investigations pratiquées chez nos 50 patientes : c'est l'endométriose.

Cette lésion a pu être identifiée chez 15 femmes (soit dans 30 % des cas).

La constatation a été faite 5 fois par la coelioscopie, 4 fois au cours d'une intervention chirurgicale (avec deux vérifications histologiques), deux fois par l'intermédiaire de l'anatomo-pathologiste qui a étudié les pièces opératoires, et deux fois par la colposcopie.

Dans trois cas, nous n'avons qu'une image radiologique diverticulaire en "boule de gui" hautement évocatrice.

Les localisations de l'endométriose se répartissent comme suit :

- 6 fois il s'agit d'une localisation pelvienne,
- 3 fois " " ovarienne,
- 2 fois " " tubaire,
- 2 fois " " utérine,
- 1 fois " " sur le col,
- 1 fois " " vaginale.

Quant aux associations avec une autre "salpingiose", nous voudrions en apporter un exemple ici avec une observation non incluse dans notre série, car l'association a été montrée histologiquement, mais nous ne possédons pas de cliché radiologique.

OBSERVATION N° 51 - RAB... Fernande, 30 ans.

Vue pour la première fois en mars 1965 pour une grossesse extra-utérine non rompue.

Antécédents extra-génitaux :
- Pleurésie gauche dans l'enfance.
- Appendicectomie à 28 ans.

Antécédents génitaux :
- Premières règles à 14 ans, cycles irréguliers de 15 à 28 jours avec règles très abondantes pendant 3 jours avec des douleurs mais sans caillots.
- Une grossesse à terme à 21 ans avec des suites simples.

Il est pratiqué une salpingectomie droite avec résection du segment intra-mural, pour cette grossesse extra-utérine.

Le compte rendu histologique (DE BRUX) est très intéressant, nous le reproduisons dans sa totalité.

"La pièce opératoire a été examinée dans sa totalité. Elle montre au niveau de la portion proximale de la trompe la présence d'une colonisation de la partie débutante du canal tubaire par un important polype endométrial. Petit à petit, la lumière tubaire apparaît et à la partie moyenne intra-

murale, on rencontre une lumière tubaire de plus petite taille bordée par des franges. La portion isthmique présente un nodule volumineux fait essentiellement de fibres musculaires lisses hyperplasiques avec, à la partie inférieure, un autre petit nodule où petit à petit se différencient des formations épithéliales canaliculaires réalisant un adénomyome typique.

Dans la portion ampullaire très dilatée, ainsi que dans la portion pré-ampullaire on rencontre un oeuf pratiquement complet, à l'exclusion de l'embryon. Il existe des trophoblastes, des syncytio-trophoblastes ainsi que des villosités qui s'enfoncent profondément dans la musculeuse de la trompe.

Conclusion : Aspect d'une grossesse extra-utérine peut-être en rapport avec une salpingiose isthmique".

o

o o

FREQUENCE

Radiologiquement, il est impossible d'avoir une idée exacte de la fréquence des polypes endotubaires sur l'ensemble de la population. Nous ne pouvons avoir qu'une notion de la fréquence des images d'amputation tubaire parmi une population de femmes dont l'état justifie un examen radiologique de leur appareil génital.

En 1966, BRET et GREPINET, ont découvert 12 polypes sur une série continue de 1.000 hystérographies. La fréquence de la lésion était donc de 1,2 %.

De la même façon, nous avons recherché le nombre de polypes existant, dans une série continue de 560 hystérographies. Nous en avons trouvé 10, ce qui correspond à une fréquence de 1,8 % environ.

La fréquence totale pour les deux séries s'élève à 1,4 %.

Un certain nombre d'observations n'ont pas été incluses dans la série pour le calcul de la fréquence, car ayant été recueillies dans les fiches antérieures où il était noté une anomalie tubaire, un certain nombre de polypes ont pu échapper, et cela ne donnerait pas une idée exacte de la distribution de cette lésion.

D I S C U S S I O N

DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

Cliniquement, nous nous trouvons devant des femmes chez qui les manifestations fonctionnelles apparaissent très tôt. Soixante-dix pour cent des patientes ont moins de 30 ans ; celles qui sont plus âgées ont en général consulté pour une autre raison, la découverte de leur lésion tubaire étant fortuite. Mais l'interrogatoire nous révèle toujours que les manifestations pathologiques sont anciennes.

Ce qui frappe tout d'abord, dans cette pathologie, c'est la négativité des signes physiques par rapport à la richesse des signes fonctionnels. Très souvent, ces jeunes femmes présentent des irrégularités menstruelles avec de nombreux caillots dans le sang des règles. Elles souffrent du ventre ; les douleurs sont soit périodiques, soit permanentes. Les douleurs permanentes ont souvent amené le médecin à faire des traitements pour salpingite un peu à l'aveugle sans critère radiologique précis. D'autres fois, le tableau est évocateur de tuberculose génitale ; mais, nous l'avons vu, la tuberculose a été confirmée dans bien peu de cas.

En fait, le signe fonctionnel, qui nous apparaît comme le plus important, est la nette tendance à la stérilité surtout primaire présentée par ces jeunes femmes.

PHILIPP et HUBER (8), comme ZENISEK (14) pensent que la seule présence des polypes chez une fem-

me suffit pour expliquer la stérilité.

FERNSTROM et LAGERLOF (5) ne sont pas de cet avis, car dans leur série seulement 20 % des patientes présentaient une stérilité au moment du premier examen.

Les chiffres que nous avons trouvés sont plus conséquents. En effet, sur l'ensemble des observations, 66 % des femmes n'ont jamais été enceintes avant de venir consulter pour la première fois, et surtout 56 % des patientes chez qui nous avons trouvé un ou plusieurs polypes consultèrent pour la même raison : difficultés à mettre en route une grossesse. Parmi ces femmes qui consultèrent pour stérilité, 72 % d'entre elles présentaient une stérilité primaire. Pour des jeunes femmes en pleine activité génitale, ces chiffres révèlent une baisse certaine de la fécondité. Le fait que cette stérilité soit surtout primaire nous montre bien que les manifestations fonctionnelles apparaissent très tôt dans la vie génitale.

Bien sûr, les chiffres que nous apportons ne sont le reflet que d'un état actuel ; ils n'ont qu'une valeur relative puisque nous n'avons pas pu suivre chaque femme pendant une assez longue période pour savoir combien d'entre elles présenteront une très longue période de stérilité ou une stérilité définitive.

Si, comme il semble démontré, les polypes endométriaux de la portion intramurale de la trompe ont une nette influence sur la fécondité, nous pouvons nous demander par quel mécanisme ils agissent.

Certains auteurs donnent comme explication la taille des polypes. Plus le polype est gros, plus les chances de grossesse diminuent.

Cette opinion est rejetée par FERNSTROM et LAGERLOF (5) qui ont remarqué que, parmi les 8 femmes qui présentaient les plus gros polypes, 3 seulement ont eu une longue période de stérilité.

Plus que la taille des polypes entre lesquels il est difficile de faire une comparaison, il nous a paru intéressant de noter que, chez presque toutes les femmes qui ont eu une grossesse avant de venir consulter, nous avons découvert un polype unilatéral. Dans les rares cas où nous avons trouvé un polype bilatéral, l'intervalle existant entre la dernière grossesse et notre examen peut laisser supposer que la bilatéralité de la lésion n'est apparue qu'après la gestation. D'autre part, parmi les femmes qui consultèrent pour stérilité, une sur deux présentait des polypes bilatéraux.

Il apparaît donc assez logique d'admettre que les polypes endo-tubaires puissent agir par un mécanisme d'obturation partielle.

DISCUSSION DE LA STERILITE

SOUS L'ANGLE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

BRET et GREPINET (3), tout en estimant que les polypes sont cause de stérilité, surtout lorsqu'ils sont bilatéraux, nuancent un peu leur affirmation, en disant que les polypes ne sont pas toujours seuls en cause, et que d'autres facteurs peuvent s'ajouter pour entraver le développement d'une grossesse.

C'est pour cette raison que nous avons entrepris l'étude de la stérilité, dans la mesure du possible, par un certain nombre d'examens complémentaires dont les résultats nous amènent à formuler quelques remarques.

Lorsqu'on étudie la courbe de température du matin et la biopsie de l'endomètre, nous nous apercevons que, très souvent, les femmes présentent des troubles de l'ovulation. La coelioscopie nous en apporte la preuve aussi par la découverte quelquefois d'ovaires dystrophiques.

D'autre part, les résultats des dosages hormonaux nous apprennent que des insuffisances hormonales susceptibles d'entraver le développement d'une grossesse sont aussi rencontrées chez plusieurs femmes.

Ces résultats ne sont pas à négliger, car ils pèsent lourd dans le pronostic et, comme nous le verrons plus loin, il faudra en tenir compte dans les indications thérapeutiques. Par contre, il est un examen qui, paradoxalement, apparaît presque toujours normal : c'est l'insufflation. Les trompes sont perméables, cela nous le savions, mais les polypes ne semblent pas avoir de traduction sur le profil du tracé.

En définitive, pour ce qui est de la fécondité, il nous apparaît que si des polypes bilatéraux peuvent, à eux seuls, expliquer une stérilité, celle-ci n'est pas obligatoirement définitive.

Que les polypes soient uni ou bilatéraux, c'est toujours très tôt qu'ils se manifestent et de ce fait la femme qui en est porteuse présentera le plus souvent une stérilité primaire.

Cette femme aura toujours plus de difficulté qu'une autre à mettre en route une grossesse et lorsqu'une insuffisance hormonale ou des troubles de l'ovulation viendront ajouter leurs effets, cette stérilité aura tendance à devenir définitive.

o

DISCUSSION RADIOLOGIQUE

Nous n'avons, dans notre étude, apporté que 5 vérifications opératoires permettant de préciser les caractères macroscopiques et microscopiques des formations polypoïdes de la portion intramurale de la trompe. FERNSTROM et LAGERLOF (5) n'ont, de la même façon, apporté que quatre preuves histologiques sur les 26 cas présentés. Comme eux, nous pensons qu'étant donné la similitude radiologique, il est hautement probable que les autres cas sont identi-

ques.

La seule cause d'erreur possible réside en l'injection accidentelle d'une bulle d'air mélangée au liquide de contraste. La preuve peut cependant en être faite facilement en prenant plusieurs clichés après changement de position de la malade.

Dans notre série, nous avons trouvé une fréquence relative de 1,80 % pour 10 observations.

BRET et GREPINET (6), pour 12 de leurs observations, ont noté une fréquence de 1,20 %.. C'est également le pourcentage donné par FERNSTROM et LAGERLOF (5) pour 11 observations.

Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus par les histologistes LISA, GIOIA et RUBIN (7) qui, dans leur statistique, ont trouvé 11 % de polypes dans la portion intramurale des trompes, nous constatons qu'il est vraisemblable que nous passons souvent à côté d'une telle lésion sans la remarquer, en étudiant les clichés radiologiques.

Pourtant, l'hystérographie est un examen bien codifié. FERNSTROM et LAGERLOF (5), qui sont des radiologues, nous donnent deux explications à cela :

- Tout d'abord, ils estiment que le fait d'employer un liquide de contraste huileux, comme le font beaucoup de radiologues, ne donne pas d'aussi belles images qu'avec un hydrosoluble.

- Ensuite, ils nous expliquent que les hystérographies sont faites systématiquement de face et de profil ; les polypes sont vus généralement sur les clichés de face, mais en fait les meilleures images sont obtenues lorsque le plan du film est parallèle à l'axe de la portion intramurale de la trompe.

On a quelquefois intérêt à faire des clichés en oblique si l'on veut avoir toutes les chances de découvrir le polype.

Il est certain d'autre part qu'un tout petit

polype peut facilement passer inaperçu. Nous avons dans notre série plusieurs cas où le polype apparaît à la limite de la visibilité.

Nous avons pu constater que l'emploi des hydrosolubles comme produit de contraste donne des images de bien meilleure qualité avec des contours plus fins et plus précis qu'avec l'emploi d'un produit huileux. Par contre, nous avons pratiqué les prises de vue seulement de face et de profil, ce qui fait que les images des polypes ont toutes été obtenues sur des clichés de face.

Les meilleures images sont celles faites en début de réplétion.

En fin de remplissage, elles ont tendance à s'estomper. Les clichés de vidange sont parfois satisfaisants, mais leur lecture en est bien souvent gênée par le brassage péritonéal du liquide de contraste.

DISCUSSION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, l'aspect des gros polypes, que nous avons pu étudier, est identique à celui rencontré par FERNSTROM et LAGERLOF (5). Ces polypes siègent dans la portion intramurale de la trompe qui est dilatée. Leurs dimensions varient de 8 à 12 mm de long sur 3 à 4 mm de large. Il existe un large pédicule d'implantation et la pointe dirigée vers l'extrémité de la trompe est de couleur rouge.

Les petits polypes sont beaucoup plus difficiles à découvrir à l'oeil nu, que la pièce opératoire soit préalablement fixée ou non. Même histologiquement, estime DUPERRAT, on peut ne pas mettre en évidence une petite formation polypeuse pourtant visible radiologiquement (Observation N° 14).

Dans nos 5 vérifications histologiques, le polype était toujours formé de tissu endométrial,

c'est-à-dire d'un endomètre avec son chorion cytogène. La muqueuse tubaire qui entoure le polype a un aspect normal ainsi que la musculeuse et à plus forte raison la séreuse en regard de la tumeur.

Les polypes présentés par FERNSTROM et LAGERLOF (5) sont de la même manière tous constitués par de l'endomètre.

LISA, GIOIA et RUBIN (7), sur les 33 polypes rencontrés dans la portion intramurale de la trompe, ont constaté qu'ils étaient formés d'endomètre dans 31 cas, et à la fois d'endomètre et de muqueuse tubaire dans les deux autres cas.

LISA et ses collaborateurs estiment que l'endomètre constituant ces polypes n'est pas fonctionnel. C'est l'impression que ressentent FERNSTROM et LAGERLOF qui, par des hystérographies répétées en phase proliférative et en phase secrétoire, n'ont pas constaté de variations dans l'aspect des polypes.

Nous avons pu réunir à cinq reprises deux séries d'hystérographies faites à plusieurs mois d'intervalle. Dans 4 cas, les polypes nous ont paru identiques. Cependant, chez une patiente traitée pendant 6 mois par des progestatifs, nous avons constaté une diminution de la taille des polypes. D'autre part, dans l'observation N° 3, le polype étudié histologiquement présentait une plage en hypertrophie folliculinique.

Etant formés d'endomètre en situation ectopique, ces polypes constituent une migration endométriale. BRET (3) estime que l'on ne peut parler d'endométriose puisqu'il n'y a pas pénétration intramusculaire par des éléments glandulaires. Si l'on ne peut parler d'endométriose, il est cependant bien difficile de ne pas en faire le rapprochement.

Selon PHILIPP et HUBER (8), la présence d'endomètre normal ou polypeux si fréquemment rencontré dans la portion intramurale de la trompe serait le point de départ des endométrioses tubaires, ovariennes et péritonéales par "métastase" du tissu endomé-

trial à travers la trompe de Fallope.

Cette opinion est en contradiction avec les résultats obtenus par LISA et ses collaborateurs. FERNSTROM et LAGERLOF, de la même façon, n'ont jamais mis en évidence d'endométriose au niveau de l'utérus, ni des trompes. Ils n'ont seulement rencontré que 4 cas d'endométriose ovarienne et péritonéale.

Il faut cependant remarquer que les auteurs allemands englobent sous le terme d'endométriose tout ce que DE BRUX, cité dans la thèse de Melle DELAUGUERRE (4), classe sous le terme général de salpingiose et en particulier les "salpingites isthmiques nodulaires".

Pour notre part, nos constatations se rapprochent de celles de PHILIPP et HUBER, puisque nous avons apporté la preuve d'une endométriose dans 15 cas. Cette endométriose siègeait 2 fois au niveau des trompes, 2 fois au niveau du myomètre, 3 fois au niveau de l'ovaire, 6 fois au niveau du péritoine, une fois au niveau du col et une fois au niveau du vagin. D'autre part, nous avons, par l'observation N° 51, apporté la preuve de l'existence d'une association avec une adénomyomatose.

DISCUSSION ETIO-PATHOGENIQUE

L'étio-pathogénie de cette lésion reste encore bien mystérieuse, dans l'état actuel de nos connaissances. Nous pouvons cependant formuler quelques hypothèses.

1°- Théorie de SAMPSOM.

SAMPSOM tentait d'expliquer la formation de l'endométriose tubaire, ovarienne et péritonéale par la greffe d'un fragment d'endomètre, provenant d'un reflux du sang des règles à travers les trompes.

En raison de l'étroitesse de relation existant entre l'endométriose et les polypes endométriaux, on peut être tenté d'expliquer la genèse de ces derniers par le même reflux d'un fragment de muqueuse accompagnée de son chorion. Ce reflux pourrait se faire, soit au moment des règles, soit à l'occasion d'un traumatisme (un curetage par exemple), mais cela reste encore à prouver.

Pour expliquer le fait que les polypes sont toujours localisés dans la portion intramurale, il faut admettre que les fragments y sont arrêtés en raison de leur volume et ne peuvent progresser plus loin dans la trompe.

2°- L'hyperplasie endométriale.

ZENISEK (14) rapporte l'origine de ces polypes à une hyperplasie endométriale. Pour cela, il donne comme argument que sur 10 observations de polypes, il a noté à chaque fois une hyperplasie de l'endomètre associée. Mais cette découverte n'est que radiologique et, comme le soulignent judicieusement FERNSTROM et LAGERLOF (5), il est bien difficile d'établir radiologiquement, avec précision, à partir de quand une muqueuse, de normale, devient hyperplasique.

Ces auteurs ont pratiqué 17 biopsies de l'endomètre et n'ont trouvé une hyperplasie que dans 6 cas. A ces 6 cas, ils en ajoutent 3 dont l'image radiologique montrait un épaississement indiscutable de la muqueuse utérine avec des replis.

Dans notre série, nous avons retrouvé 5 images radiologiques évoquant une hyperplasie endométriale, et, sur les 23 biopsies de l'endomètre, une hyperplasie n'a été notée que 3 fois. Enfin, dans les résultats de dosages hormonaux, il n'a été constaté qu'une seule fois une hyperfolliculinie.

BRET et GREPINET (3) estiment que le développement de cet endomètre ectopique peut être favorisé par l'absence de cycles ovulaires et un état folliculinique persistant.

Les cycles anovulaires sont fréquents, nous l'avons constaté en étudiant la courbe thermique, et la coelioscopie a souvent révélé des ovaires dystrophiques. Cependant, en étudiant les résultats des dosages hormonaux, nous nous apercevons que l'état folliculinique permanent peut être un facteur favorisant pour le développement des lésions, mais que cela ne peut tout expliquer. En effet, nous avons noté 6 fois l'existence d'une insuffisance oestrogénique et 2 fois l'existence d'une insuffisance globale sur 20 dosages.

3°- La métaplasie.

LISA et ses collaborateurs (7), par le fait qu'ils ont découvert, dans leurs études histologiques, une fois sur quatre, après 20 ans, de la muqueuse endométriale polypeuse ou non dans la portion intramurale de la trompe, ne sont pas loin de penser que cette colonisation est plus physiologique que pathologique.

PHILIPP (9) pense qu'il s'agit d'un phénomène spontané, apparaissant après l'âge de 30 ans.

Cette colonisation pourrait s'expliquer, comme le suggère DE BRUX, par une "métaplasie endométriale de l'épithélium tubaire" de la même façon que sur le col utérin, à la jonction endocol - exocol.

Il est certain qu'avec la métaplasie, on peut tout expliquer, mais en fait on ne donne pas les raisons profondes de cette mutation et l'on ne fait que masquer le problème.

4°- Lésion congénitale.

En définitive, si l'on considère que les manifestations pathologiques apparaissent chez la femme au tout début de sa vie génitale, nous pouvons nous demander s'il ne s'agit pas tout simplement d'une malformation congénitale.

Il faut cependant noter que NEUMANN (10), dans ses études histologiques de trompes de nouveau-né,

ne paraît pas avoir constaté de telles lésions au niveau de la portion intramurale.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Ce chapitre sera bien court. En effet, si l'on regarde la littérature sur les lésions de la portion isthmique de la trompe, nous constatons que les images radiologiques traduisant ces lésions sont soit des images d'obturation tubaire, soit des images "d'addition". Depuis ZENISEK, les auteurs sont d'accord pour attribuer l'origine des images d'amputation de la lumière tubaire à des formations polypeuses endo-tubaires dont quelques vérifications histologiques ont démontré leur nature endométriale.

Mais ces images lacunaires correspondent-elles toujours à la présence d'un polype endométrial ?

Mise à part la cause d'erreur qui est l'injection accidentelle d'air, nous serions tenté de répondre oui.

Cependant, il nous paraît intéressant d'apporter deux observations où l'image d'amputation ne correspond pas à la présence d'un polype dans le premier cas et où le polype n'est pas de nature endométriale dans le second.

OBSERVATION N° 52 - LOU... Thérèse, 46 ans.

- Consulte en juillet 1954 pour métrorragies.
- Antécédents extra-génitaux : négatifs.
- Antécédents génitaux :

Premières règles à 11 ans, cycles réguliers de 25 jours, règles abondantes pendant 8 à 10 jours, s'accompagnant de douleurs lombaires.

Mariée, aucune grossesse.

Au cours du bilan, il est pratiqué une hystéro-salpingographie qui montre :

- des images lacunaires au bord droit de l'utérus,
- une petite image claire arrondie de la corne gauche,
- au niveau de la trompe droite, à 1 cm,5 de la corne, une image lacunaire grossièrement triangulaire à large base inférieure.

Une hystérectomie sera faite en décembre 1954 avec salpingectomie bilatérale. L'examen macroscopique de la pièce révèlera l'existence, sur le premier centimètre de la trompe droite, d'une nodosité typique de la "salpingite isthmique nodulaire".

DUPERRAT, qui a fait l'étude histologique, nous indique que ce nodule tubaire est formé par une hyperplasie léiomyomateuse qui ampute largement la lumière tubaire.

OBSERVATION N° 53 - BRU... Simone, 42 ans.

- Consulte en décembre 1966 pour métrorragies.
- Antécédents extra-génitaux : ?
- Antécédents génitaux :

Premières règles à 14 ans $\frac{1}{2}$, cycles réguliers de 28 jours pendant 4 à 5 jours, avec peu de douleurs.

Grossesse normale menée à terme à l'âge de 26 ans.

A l'examen, tout paraît normal en dehors d'un foyer d'endométriose du col à 3 heures.

Les frottis endométriaux révèlent un état inflammatoire de la muqueuse utérine.

Une hystérographie est faite en janvier 1967 qui révèle la présence probable d'un myome endocavitaire et au niveau de la trompe gauche une image lacunaire arrondie à large base. Une intervention chirurgicale est alors décidée.

Au cours de cette intervention, il est pratiqué une myomectomie et une salpingectomie gauche.

L'examen histologique fait par DE BRUX montrera que la particularité de la trompe est de présenter dans sa portion interstitielle un soulèvement polypoïde de son épithélium muco-sécrétant par un infiltrat inflammatoire assez dense du stroma de la muqueuse.

C'est cette formation polypoïde qui rétrécit la lumière tubaire et qui doit correspondre à l'image radiologique observée.

T R A I T E M E N T

Le traitement de ces polypes est loin d'être codifié. Dans l'état actuel de nos connaissances, deux possibilités de traitement s'offrent à nous : l'un médical, l'autre chirurgical.

Le traitement médical se base sur le fait qu'étant formé d'un endomètre caduque, le polype devrait être sensible aux incitations hormonales. On devrait pouvoir obtenir sa diminution par un traitement prolongé par des Nor Stéroïdes non associés à des Oestrogènes.

Il serait donc souhaitable de voir si les polypes peuvent disparaître après plusieurs mois de traitement ininterrompu par des progestatifs. Mais les jeunes femmes qui nous consultent demandent en général une thérapeutique rapide et il est difficile de leur faire accepter l'idée d'un traitement aussi long dont on ne sait encore s'il sera efficace.

Nous ne possédons que trop peu de cas pour pouvoir conclure. Nous avons cependant une patiente traitée pendant 6 mois par des progestatifs pour une endométriose associée chez qui une deuxième hystérographie pratiquée après traitement a montré une diminution de la taille des polypes.

LISA, GIOIA et RUBIN (7) estiment, d'après l'étude histologique des polypes, que ceux-ci ne sont pas fonctionnels. FERNSTROM et LAGERLOF (5) sont du même avis. Ils se basent pour cela sur le fait qu'ils n'ont pas noté de variation de taille des polypes après des hystérographies itératives faites en

phase proliférative, puis en phase sécrétoire.

Il est, d'autre part, un point d'histologie qui milite en faveur de l'échec d'un traitement par les progestatifs : c'est la très grande quantité de chorion cytogène rencontré dans les polypes, qui risque de ne pas disparaître.

L'intervention chirurgicale consistant en la résection du segment pathologique, suivie de la réimplantation de l'extrémité distale de la trompe, paraît le traitement le plus logique.

C'est ce qu'estiment PHILIPP et HUBER, mais sans jamais avoir pratiqué une telle intervention à notre connaissance.

FERNSTROM et LAGERLOF (5) ont effectué cette opération trois fois, chez des femmes présentant de gros polypes et une longue période de stérilité. Ils ont pratiqué une résection et réimplantation bilatérale chez l'une, une résection et réimplantation unilatérale chez les deux autres. Suivies pendant respectivement 15, 19 et 9 mois, aucune de ces femmes ne devint enceinte par la suite et la trompe réimplantée de l'une d'elles s'est bouchée secondairement.

Dans notre série, BRET a pratiqué à trois reprises cette intervention : résection et réimplantation, bilatérale chez deux patientes, unilatérale avec ablation d'un moignon tubaire opposé pour la troisième.

Aucune de ces trois femmes ne devint enceinte après cette intervention ; pourtant, pour deux d'entre elles, les contrôles par l'hystérographie et l'insufflation ont montré la persistance d'une bonne perméabilité tubaire. Pour la troisième, les trompes se sont bouchées 16 mois après l'intervention.

Il apparaît donc que, si le traitement chirurgical semble le plus rationnel, celui-ci ne doit être proposé qu'à bon escient :

- Tout d'abord, il ne paraît pas intéressant

d'opérer une femme ne présentant qu'un polype unilatéral puisqu'une grossesse semble possible dans ce cas.

- Ensuite, en cas de polypes bilatéraux, il ne faut proposer une intervention que si l'anomalie tubaire apparaît être la seule cause de stérilité. Il est tout à fait inutile de pratiquer une telle opération lorsque les polypes ne sont qu'un épiphénomène associé à une tuberculose ou à un hydrosalpinx.

- D'autre part, il faut tenir compte des autres facteurs de stérilité, en particulier l'anovulation, qui demande un traitement approprié.

- Enfin, malgré toutes ces précautions, il reste toujours un point obscur pour le clinicien, c'est celui de l'état de la muqueuse de la portion distale de la trompe : est-elle normale ou pathologique ?

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette brève étude des polypes de la portion intramurale de la trompe de Fallope, malheureusement bien incomplète dans bien des cas, nous pensons pouvoir dire cependant que cette affection se caractérise par les points suivants :

1°- Sa traduction radiologique par une image d'amputation, plus souvent unilatérale que bilatérale, de la portion toute interne de la lumière tubaire.

2°- Sa constitution histologique par un tissu endométrial en situation ectopique, qui doit se distinguer de l'endométriose, lésion cependant voisine et fréquemment associée.

3°- Sa traduction clinique, chez une femme jeune, par des signes uniquement fonctionnels, dont le principal consiste en la baisse de la fécondité, surtout en cas de bilatéralité.

4°- Ses possibilités thérapeutiques encore mal connues :

- Traitement par les progestatifs qui reste à étudier.

- Traitement chirurgical, qui doit être réservé à quelques cas, lorsque les conditions sont favorables.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

J. VARANGOT

B I B L I O G R A P H I E

1- BRET A.J. et GREPINET J.- Polypes endométriaux de l'extrémité utérine de la trompe.- XXIe Congrès de la Fédération, Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynéc. et d'Obst., 1965, T. 17, p. 677-682.

2- BRET A.J. et GREPINET J.- Polypes endométriaux de la portion intramurale de la trompe.- Extrait du Livre Jubilaire offert au Dr. DALSACE, 1966, Masson.

3- BRET A.J. et GREPINET J.- Polypes endométriaux de la portion intramurale de la trompe. Leur rapport avec la stérilité et l'endométriose.- Semaine des Hôpitaux, 1967, 43, p. 183-192.

4- DELAUGUERRE M. (Melle)- A propos de 87 cas de salpingioses.- Thèse Paris, 1958, 162, Dactylographiée, 128 p.

5- FERNSTROM I. and LAGERLOF B.- Polyps in the intramural part of the Fallopian tubes.- J. of Obst. and Gyn. of Emp. Brit., 1964, 71, p. 681.

6- GAUDEFROY M. et EMPEREUR BUISSON R.- Polypes endométriaux de la portion intramurale de la trompe.- J. des Soc. Méd. Lille, 86, N° 10, p. 613-617.

7- LISA J.R., GIOIA J.D. and RUBIN I.C.- Observations on the interstitial portion on the Fallopian

tube.- Surg. Gyn. Obst. 1954, 99, p. 159.

8- PHILIPP E. et HUBER H.- Die Entstechung der Endometriosis gleich Zeitig ein Beitrag zur Pathologie des Enterstitiellen Tuben abschnittes.- Zentralbl. für Gynäk, 1939, t. 63, p. 640.

9- PHILIPP E.- La fonction tubaire et ses troubles. - Masson, Paris, 1955, p. 307-319.

10- NEUMANN H.O.- Salpingitis Isthmica Nodosa und adenomyosis tube.- Arch. F. Gynäk., 1929, 139, p. 358-412.

11- SCHULTZE, cité par KELLER - Congrès de Strasbourg. Le radio-diagnostic en gynécologie.- Gyn. Obst., 1948, 47, p. 461.

12- SEGUY - La trompe soufflée.- Gyn. et Obst., 1943, 42, p. 169.

13- SEGUY - Trompes soufflées.- Bull. Ass. Gyn. Obst. de Langue Française, 1949, I, p. 228.

14- ZENISEK L.- Fortschr. Roentgenstr., 1959, 90, p. 221.